



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Percepción del paciente oncológico sobre su  
calidad de vida y apoyo social en el "Hospital  
Santa Rosa", 2012**

**Trabajo de Investigación**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública

**AUTORA**

**Carmen Rosa Díaz Ledesma**

LIMA – PERÚ

2013

**PERCEPCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN EL  
“HOSPITAL SANTA ROSA”  
2012.**

*A Dios, por darme la vida y disfrutar de ella,  
por todos los logros que me ha permitido  
alcanzar y por ayudarme a seguir adelante  
superándome día a día. Agradezco todo su  
amor y su fidelidad y espero nunca soltarme  
de su mano.*

*A mi madre María, por haberme  
apoyado en todo momento, por sus  
consejos, sus valores, por la  
motivación constante que me ha  
permitido ser una persona de bien,  
pero más que nada, por su amor.*

*A mi esposo Jesús, gracias por  
apoyarme en este proceso, por todo  
tu amor, comprensión, paciencia y  
fortaleza. Gracias por amarme como  
solo tú lo puedes hacer.*

*A mi asesora la Lic. Juana Durand B., por haber creído en mí y por su disposición para dirigir en todo momento el presente trabajo.*

*A mis profesoras con las que he tenido la fortuna de convivir y aprender en mi trayectoria por la UNMSM.*

*Al Hospital Santa Rosa y a la Lic. Ledda Zelada Jefa del departamento de Enfermería por las facilidades y colaboración en el presente trabajo.*

*A los pacientes del consultorio externo de oncología, quienes participaron voluntariamente en este estudio.*

*“Si evito que un corazón se rompa,  
No habré vivido en vano:  
Si mitigo el dolor de una vida,  
o alivio un sufrimiento.  
o llevo de nuevo al nido a un pichón herido,  
no habré vivido en vano.”*

## INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
PRESENTACION.....	1

### CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	4
B. Formulación del Problema.....	8
C. Justificación.....	9
D. Objetivos.....	9
E. Propósito.....	10
F. Marco Teórico.....	10
F.1. Antecedentes.....	10
F.2. Base Teórica.....	18
G. Definición Operacional de Términos.....	77

### CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

A. Nivel, Tipo y Método.....	78
B. Área de Estudio.....	78
C. Población y Muestra.....	79
D. Técnica e Instrumento.....	79
E. Procedimiento de Recolección de datos.....	80
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos.....	81
G. Consideraciones Éticas.....	82

	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. Resultados.....	83
B. Discusión.....	91
<b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. Conclusiones.....	102
B. Limitaciones.....	104
C. Recomendaciones.....	104
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	106
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	113
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1. Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en el Hospital Santa Rosa (HSR)Lima - Perú 2012.....	84
2. Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión física en el HSR. Lima - Perú 2012.....	86
3. Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión psicológica en el HSR. Lima – Perú 2012.....	87
4. Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión social en el HSR. Lima – Perú 2012.....	88
5. Percepción del paciente oncológico sobre el nivel de apoyo social en el HSR. Lima – Perú 2012.....	90



## RESUMEN

**AUTOR : CARMEN ROSA DIAZ LEDESMA**

**ASESORA: JUANA ELENA DURAND BARRETO**

El objetivo fue determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en consultorio externo de oncología del Hospital Santa Rosa. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 73. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo Escala de Likert modificada aplicados previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100%(73), 51%(37) tienen una percepción medianamente favorable, 26%(19) desfavorable y 23%(17) favorable. En la dimensión física 57%(42), tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable, de igual modo 55%(40) en la dimensión psicológica y 45%(33) en la dimensión social. En cuanto al apoyo social, 41%(30) tienen una percepción medio, 30%(22) a bajo y 29%(21) alto. Respecto a las funciones del apoyo social la que más predomina es la interacción social ya que 52%(38) tienen un nivel medio, 25%(18) alto y 23%(17) bajo. **Conclusiones.** El mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción sobre su calidad de vida medianamente favorable a desfavorable, de igual manera en la dimensión física, psicológica y social referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas, se sienten desanimados y tristes y no se sienten cercanos a su pareja. Asimismo en cuanto al apoyo social en la mayoría es medio a bajo que está dado porque existe alguien que le ayuda a olvidar sus problemas y la función social de mayor predominio es la interacciona social ya que es de medio a alto referido a que tiene a alguien con quien pueden pasar un buen rato, lo que nos muestra la necesidad de implementar estrategias con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el apoyo social del paciente oncológico.

**PALABRAS CLAVES:** CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL, PACIENTE ONCOLOGICO.

## ABSTRACT

**AUTHOR :** CARMEN ROSA DIAZ LEDESMA

**ADVISOR:** JUANA DURAND BARRETO

The objective was to determine the perception of the oncological patient on their quality of life and social support in the Santa Rosa Hospital Oncology external clinic. **Material and Method.** the study was of applicative level, quantitative, descriptive cross-sectional method. The sample was 73. The technique was the survey and the instrument a form type modified Likert scale which measures the quality of life globally and by physical, psychological and social dimension; and another that measures the level of social support and its functions, which were self-administered, prior informed consent. **Results.** 100% (73), 51% (37) perceived quality of moderately favourable global life, with a tendency to unfavourable 26% (19) and a 23% (17) is favorable, likewise they perceive a quality of moderately favorable life both in dimension physical 57% (42), and in the psychological 55% (40) dimension and dimension social 45% (33) with inclination to unfavorable. Similarly perceive a medium level of support social 41% (30), with a tendency to low in 30% (22) and a 29% (21) is high level and with regard to the functions of the social support which predominates over other functions is that of social interaction with a level half 52% (38), with a tendency to high level in 25% (18) and 23% (17) with low level. **Conclusions.** The highest percentage of cancer patients have a perception about their quality of life fairly favorable to unfavorable, in the same way in the physical dimension, psychological and social referred to that you can not perform their daily activities, feel discouraged and sad and don't feel close to your partner. Also in terms of the social in the majority support is medium to low is because there is someone who helps you to forget their problems and greater predominance a social function is it interacts social since it is medium to high referred to having someone with whom he can have a good time, which shows us the need to implement strategies in order to improve the quality of life and social support of the cancer patient.

**KEY WORDS:** QUALITY OF LIFE, SOCIAL SUPPORT, PATIENT ONCOLOGICO.

## **PRESENTACION**

Hoy en día el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde al 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en países de desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementara alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud (MINSA), de un total de 14,844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas en el año 2007, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres. Durante el año 2008 de un total de 16.598 muertes por cáncer registradas a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres.<sup>(1)</sup>

Pocas enfermedades como el cáncer se ha identificado tanto con la muerte inevitable, su alta incidencia, curso prolongado y doloroso, ha hecho un padecimiento de interés para expertos y profanos. Actualmente los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico no indefectiblemente fatal de la enfermedad, el cáncer sigue siendo un problema primordial de la salud pública.<sup>(2)</sup>

Aunque cada vez un número mayor de personas diagnosticadas con cáncer logran un control a largo plazo y con el tiempo se les considera curadas de la enfermedad, una proporción considerable de pacientes no alcanzan dicho objetivo. Cuando la curación es imposible, la terapia se dirige al control, es decir, a lograr el periodo más prolongado posible libre de enfermedad. Este objetivo es un arma de doble filo para el paciente y su familia; por un lado está la esperanza y por el otro el temor. La esperanza de desafiar las probabilidades se ve limitada por el temor a la recurrencia. Las estadísticas pueden predecir una expectativa de vida de acuerdo

con el diagnóstico, la patología y el estadio de la enfermedad, pero pueden pasar por alto la respuesta del paciente. La experiencia física y psicosocial de cada individuo es única e impredecible.

Aun en estos casos, es una experiencia altamente estresante, no sólo para quienes lo presentan sino también para las personas de su entorno más cercano. Sin duda, la familia es la principal fuente de apoyo para estos pacientes. Sin embargo, no se ha prestado la atención suficiente al contexto en que se moviliza el apoyo, puesto que la enfermedad produce un impacto importante en todo el sistema familiar: tensión, incertidumbre, miedo a la muerte, a las discapacidades, alteración de los roles habituales, problemas económicos, sexuales y la necesidad de dar y recibir distintos tipos de apoyo. Por lo que es de vital importancia evaluar la calidad de vida y el apoyo social que tienen los pacientes con cáncer, ya que nadie más que el propio paciente puede percibir lo que siente y como afecta esta situación su dimensión biológica, psicológica y social.<sup>(3)</sup>

El presente estudio titulado “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa 2012”, tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el servicio de oncología del Hospital Santa Rosa. Con el propósito de brindar información actualizada a los directivos de la institución, así como autoridades de enfermería, a fin de sensibilizarlos, motivar y promover en la elaboración de programas de actualización permanente sobre aspectos conceptuales y su esencia, así mismo diseñar estrategias orientadas a implementar programas de educación para la salud dirigida a la población de riesgo con el fin último de mejorar la atención y perfeccionar el

cuidado al paciente oncológico, en forma integral, revalorando las necesidades humanas como un ente holístico, que le permita al paciente alcanzar su bienestar e infundirle las ganas de vivir y con ello mejorar su calidad de vida, enmarcados en la educación, información y comunicación para su rápida recuperación y reinserción con la sociedad.

El trabajo consta de; Capítulo I. Introducción, donde se expone el Planeamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Método, que incluye, el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

#### **A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA**

El cáncer es una neoplasia, caracterizada por el crecimiento incontrolado y/o desordenado de las células anaplásicas y que tiende a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del organismo. <sup>(4)</sup>

Actualmente las enfermedades por cáncer representan un grave problema de Salud Pública, siendo la mayor causa de morbimortalidad en el mundo, así tenemos que 11 millones de casos nuevos se detectan cada año y 7.9 millones de personas mueren a causa de esta enfermedad. <sup>(5)</sup>

En el 2007 las neoplasias fueron responsables del 12.7% de las 63,128 millones de muertes en el mundo, de las cuales 11.3 millones representaron las defunciones por tumores malignos en varones y 14.5 millones de mujeres murieron con la enfermedad. <sup>(6)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud estima que para el 2,020 de una población de 8 billones, se presentaran 15 millones de casos nuevos y 10 millones de muertos a causa de esta enfermedad. No se conoce la etiología pero se admiten múltiples causas potenciales, es así que al 80% de casos de cáncer se atribuye al hábito de fumar, factores hereditarios, sustancias químicas, radiaciones ionizantes, sustancias alimenticias y otros. <sup>(7)</sup>

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes en nuestra ciudad capital. <sup>(8)</sup>

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), las neoplasias más comunes son las de mama femenina, cuello uterino y próstata, órganos accesibles que debido a su naturaleza permiten la detección precoz. <sup>(9)</sup>

En tal sentido, para enfrentar y controlar el problema, el tratamiento que consiste en quimioterapia, radioterapia, cirugía o una combinación de estos. Estos pueden ser muy agresivos y tóxicos, causando en el paciente oncológico una serie de efectos secundarios a nivel físico, psicológico, en la imagen corporal y social. Dentro de los efectos secundarios a nivel físico tenemos; náuseas y vómitos, pérdida de pelo o alopecia, cansancio y anemia, infección problemas de coagulación, mucositis, diarrea, estreñimiento, hemorroides, efectos sexuales y otros. A nivel psicológico ocurre un fuerte impacto emocional lo que ocasiona depresión, ansiedad, hostilidad, culpabilidad, impotencia, pérdida de control económico y control personal sobre la actividad de uno mismo y de su futuro, afectando las relaciones familiares y otros. A nivel social en primer lugar es frecuente encontrar un gran temor al rechazo por personas de su entorno, lo que conduce a los pacientes a la evitación de las relaciones sociales. Esto lleva a un aislamiento y soledad que conllevan dificultades para la reintegración social. <sup>(10)</sup>

Pudiendo perder la percepción del control sobre su vida, así como una gran incertidumbre y angustia ante la enfermedad y la respuesta que tenga el cáncer al tratamiento. Por otro lado el contacto con un

centro hospitalario constituye para muchas personas una experiencia negativa y traumática, la ruptura con su entorno habitual implica repercusiones y cambios en la vida personal, social, familiar; lo que afecta su calidad de vida. <sup>(11)</sup>

La calidad de vida está relacionada con la salud, la cual debe ser entendida como; la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud, el impacto de la enfermedad y el tratamiento recibido, así como los efectos secundarios; resultados que ayudan en la toma de decisiones, potencializa la comunicación del personal de salud y paciente, facilita la rehabilitación total o por esferas de los pacientes. <sup>(12)</sup>

La evaluación de la calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Se definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker&Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. <sup>(13)</sup>



El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. <sup>(14)</sup>

El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él. <sup>(15)</sup>

Así, el concepto de apoyo social se muestra especialmente interesante en el tratamiento y atención de estos pacientes. No obstante, el curso de la enfermedad, el fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas y las pérdidas sociales y personales van sumiendo al paciente en la desesperanza, el desempleo, el desamparo, la apatía, etc., lo cual socava su nivel de autoestima y por ende su calidad de vida. <sup>(16)</sup>

En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social, que constituye uno de los recursos personales más importantes para paliar el efecto de la enfermedad. De ahí que en el tratamiento debe tenerse en cuenta el mantenimiento en lo posible del apoyo social al enfermo; interrelación con familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todos deben convertirse en verdaderas fuerzas para que él pueda vivir con calidad, mientras que la evolución de su

enfermedad se lo permita. El sufrimiento que envuelve al paciente oncológico desde el momento mismo en que se arriba al diagnóstico de la enfermedad y el número de personas aquejadas por este problema de salud, lleva a considerar que cualquier acción que se realice, resulte de suma importancia y va a ser recepcionada por el paciente como algo de gran valor, es por eso que surge la idea de abordarlo en la comunidad, en su propio ambiente y lo más próximo posible al momento en que su vida da un gran vuelco, sintiéndose amenazado y diferente porque está enfermo. <sup>(17)</sup>

Durante las actividades diarias como enfermera profesional, se ha observado que los pacientes con cáncer presentan síntomas y efectos tan agresivos, que le producen un sentimiento de desamparo, impotencia, pérdida de autoestima, aislamiento social por el temor a ser rechazados por sus amistades. Al interactuar con los pacientes refieren: “hasta cuando estaré así, con esta enfermedad...”, “me preocupan mis pequeños, que será de ellos si me sucede algo a mi...”, “mi familia no saben lo que tengo...”, “tengo miedo al tratamiento, pues me debilita y me deja sin fuerzas cuando me lo ponen...”, “cuando volveré a hacer mi vida normal...”. Ante esta situación surgen algunas interrogantes, tales como; ¿De qué manera el cáncer afecta la vida personal, profesional, emocional y psicosocial del paciente en su vida diaria?; ¿Cuál es la percepción que tiene el paciente oncológico de consulta externa sobre el apoyo social y calidad de vida?, entre otros.

## **B. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Por lo que se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa en el año 2012?

### **C. JUSTIFICACION**

El cáncer, tiene una enorme connotación psicosocial y genera un impacto emocional en la población, afectando su calidad de vida; por lo cual la enfermera que labora en los servicios de consulta externa en oncología debe identificar los cambios que se suscita a causa de su enfermedad, es decir examinar las repercusiones del cáncer; a fin de que se promueva una participación directa del apoyo de las redes sociales formales o informales. De la misma manera la enfermera debe reflexionar sobre su actuar en la atención, cuidado y actividades preventivos promocionales; así como la importancia de abordar al paciente y a su familia en forma holística, contribuyendo al fortalecimiento del apoyo social durante el proceso de enfermedad y recuperación del paciente oncológico.

### **D. OBJETIVOS**

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron:

#### **Objetivo General**

Determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa 2012.

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en la dimensión física.
- Identificar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en la dimensión psicológica.
- Identificar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en la dimensión social.

- Identificar el nivel de apoyo social que recibe el paciente oncológico de su entorno.

## **E. PROPOSITO**

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a los directivos de la institución, así como a las autoridades de enfermería, que permita promover la elaboración de programas de actualización permanente dirigida al profesional de enfermería y diseñar estrategias participativas y/o programa de educación para la salud dirigida al grupo de riesgo y familiares con el fin de mejorar la atención de consulta externa y perfeccionar el cuidado al paciente oncológico, en forma integral, revalorando las necesidades humanas como un ente holístico, contribuyendo a alcanzar su bienestar y con ello mejorar la calidad de vida, enmarcados en la educación, información y comunicación para su rápida recuperación y su reinserción con la sociedad.

## **F. MARCO TEORICO**

### **F. 1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos que:

Salas Zapata Carolina, en Medellín, el 2009, realizo un estudio titulado “Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico en Antioquia”; el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal de asociación para el análisis de las dimensiones: salud física,

psicológica, relaciones sociales y de entorno, de la calidad de vida de 220 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, las cuales fueron elegidas de forma no probabilística. Se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis de la calidad de vida según características sociodemográfica y clínica. En segunda instancia, se construyó un modelo de regresión logística binaria con el fin de determinar algunas características que explicaban en conjunto la calidad de vida del grupo de pacientes del estudio. Finalmente, se efectuó un análisis de correspondencias múltiples para caracterizar el perfil de estas pacientes. Se utilizó como instrumento el whoqol bref.

*“Los resultados muestran que la calidad de vida de las mujeres del estudio, analizada desde las diferentes dimensiones (dominios) del WHOQOL BREF, fue mejor en aquellas con mayor nivel de escolaridad, afiliadas al régimen contributivo, que recibían apoyo por parte de familiares y/o amigos, que provenían del nivel socioeconómico alto y que tenían como soporte para afrontar el diagnóstico sus creencias personales, espirituales o religiosas.”<sup>(18)</sup>*

Novoa Gómez Mónica María, Caycedo Claudia, Aguillón Mónica y Suárez Álvarez Raquel Andrea, en Bogotá, el 2008 realizaron un estudio titulado “Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo”. El cual tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes oncológicos con diagnóstico de enfermedad avanzada y que al momento de la evaluación se encontraban en cuidado paliativo. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 83 personas mayores de edad de ambos sexos, con diversos tipos de enfermedad oncológica y con diagnóstico de enfermedad avanzada. Previa firma del consentimiento informado, los instrumentos que se

aplicaron fueron un Registro de Datos Socio demográficos, Índice de Bienestar Psicológico (Dupuy, 1984) SF36 (Medical Outcomes Trust, 1992) y el Mc Máster Quality of Life Scale (Sterkenburg, Woodward y King, 1996), los cuales están diseñados para la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Se analizaron los datos en función de variables sociodemográficas, tipo de tratamientos recibidos y tipo de enfermedad avanzada.

*“A partir de los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión que el bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes adultos de oncología, en cuidado paliativo, se ve claramente afectada.”<sup>(19)</sup>*

Ramírez-Vélez Robinson, en Cali, el 2007, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. El cual tuvo como objetivo describir en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la calidad de vida y el apoyo social con que cuentan. El estudio es de tipo descriptivo, transversal con una muestra de (n=22) sujetos que obedecieron a los criterios de inclusión. La calidad de vida se determinó a través del Cuestionario de Salud Nottingham Health Profile (NHP), y el apoyo social con la (Escala de Duke-Unc).

*“Las conclusiones fueron que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y calidad de vida que los hombres principalmente en los dominios sueño, reacciones emocionales, energía y movilidad. Algo más de la mitad de los pacientes referían buen apoyo social, siendo mayor el afectivo que el confidencial.”<sup>(20)</sup>*

Muñoz Sancho Rosa, Oto Royo Ana, Barrio Alonso Rosa, en España, el 2006, realizaron un estudio "Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis Hospital Universitario Miguel Server". El cual tuvo como objetivo evaluar los cambios en el nivel de

calidad de vida percibido por pacientes en hemodiálisis. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte prospectivo. La población fue de 52 pacientes, (30 hombres y 22 mujeres, donde fallecieron 12 y 7 fueron trasplantados). El instrumento fue el cuestionario SF-36. Las conclusiones fueron entre otros:

*"La serie para el análisis quedó constituida por 52 pacientes, tras excluir a los que se habían trasplantado y a los fallecidos. Solo el componente de funcionalismo físico se redujo de forma significativa mientras que el resto de los componentes no varió. El grado de ansiedad y depresión no mostró diferencias en un año de intervalo. El valor de la CV viene determinado de forma significativa por el estado de depresión, la edad y el grado de comorbilidad. En conjunto, estas 3 variables justifican el 67% del dominio función física".* <sup>(21)</sup>

Araya Castro Olga Paulina, en Chile, el 2006, realizó un estudio titulado "Evaluación de la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Hospital nacional del cáncer", cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de pacientes mastectomizadas. El método fue descriptivo de corte transversal. La población fue de 280 pacientes mastectomizadas. Utilizó el instrumento SF-36 modificado. Las conclusiones entre otros fueron:

*"En relación a los antecedentes personales de la muestra estudiada, pese a que las pacientes paliativas tienen significativamente menor calidad de vida que las curativas, los grupos son muy heterogéneos en número para aseverar lo anterior."* <sup>(22)</sup>

Rodríguez Martínez A, Pinzón Pulido SA, Máiquez Pérez A, Herrera Jáimez J, De Benito, el 2004, en Argentina, realizaron un estudio titulado ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?, cuyo objetivo fue describir el apoyo social y familiar y medir la red social

con que cuentan estos reclusos. Es un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por todos los pacientes (N=32) participantes en el programa libre de drogas. Se obtuvieron los datos epidemiológicos y socio demográficos, y se administraron los cuestionarios DUKE-UNC-11, MOS, APGAR II, BLAKE y Mc KAY y APGARFAMILIAR. Las conclusiones entre otras fueron:

*“La red social de los encuestados está compuesta por otros reclusos y familiares. No se identifica a los trabajadores penitenciarios como parte de la red. La percepción del apoyo social recibido es similar al de la población que vive en comunidad.”<sup>(23)</sup>*

Calizaya Montañez Haydee Susana, en Lima, el 2008, realizó un estudio titulado “Calidad de vida del paciente con VIH/SIDA que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2008”. El cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA que recibe TARGA. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por los pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA en el HNHU, de la cual se obtuvo una muestra mediante muestreo aleatorio simple, conformado por 113 pacientes. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Likert modificado. Las conclusiones fueron entre otras:

*“La mayoría de pacientes tienen una calidad de vida regular tanto en la dimensión física, como en la dimensión psicológica y social, pero también los resultados muestran que hay un porcentaje significativo, 30% aproximadamente, que tiene una calidad de vida buena, y la quinta parte deficiente”<sup>(24)</sup>*



Patricia Arteaga LLacza, en Lima, el 2009, realizó un estudio titulado “Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, 2009”. El cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes oncológicos que participan en estudios clínicos de investigación. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala de Likert modificado.

*Los resultados obtenidos muestran que la calidad de vida de los pacientes oncológicos que participan en estudios clínicos, del 100% ,18% tienen una calidad de vida saludable, 60% poco saludable y 22% no saludable. La mayoría presentan una calidad de vida poco saludable relacionado a que experimentan dolor, astenia, cansancio, irritabilidad, presentan dificultad para recordar las cosas, sienten que su tratamiento ha interferido en sus relaciones sociales. <sup>(25)</sup>*

Vásquez Yovera Gisela Aurora, en Lima, el 2008, realizó un estudio titulado “Percepción del paciente adolescente oncológico sobre su calidad de vida en el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, 2008”. El cual tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente adolescente oncológico sobre su calidad de vida. El estudio fue de tipo nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por los pacientes adolescentes hospitalizados y continuadores. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Likert. Las conclusiones fueron entre otros que:

*“La mayoría de los adolescentes tienen una percepción medianamente favorable relacionado a que el adolescente presenta un mínimo bienestar debido a las repercusiones del cáncer, en los aspectos físicos,*

*psicológicos y sociales, y porque está en proceso de su recuperación de su calidad de vida.*<sup>(26)</sup>

Villajuan Reyes Elisa Jully, en Lima, el 2006, realizó un estudio sobre "Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". El cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en el área biopsicosocial del paciente ostomizado que asiste a la consulta de Enfermería. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 40 pacientes ostomizados que asisten a la Unidad de Terapia Ostomal y Heridas del INEN. El instrumento fue un formulario tipo cuestionario y la escala de Lickert modificado. Las conclusiones fueron entre otras:

*"Los pacientes colostomizados han demostrado con sus respuestas que se encuentran en proceso de recuperar su calidad de vida." "La dimensión biológica es la que mejor respuesta tiene ya que los pacientes han superado los efectos de la presencia de la colostomía." "La dimensión psicológica y social se encuentra en valores inferiores que la biológica, por lo que es de gran importancia el cuidado y la educación integral que les corresponde a cada uno estos pacientes".*<sup>(27)</sup>

Monge Rodríguez Freddy S, en Cuzco, el 2006, realizó un estudio titulado "Calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama – hospital ES SALUD Cuzco", cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de este tipo de pacientes, utilizó el instrumento denominado QLQ-C30 (Cuestionario de calidad de vida) para pacientes con cáncer, elaborado por la organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC). Para la validación del instrumento se empleó el método basado en la covarianza de ítems, para este caso el coeficiente de Alpha de Crombach, en donde se obtuvo el

coeficiente de alpha de 8.95, lo que indico que existe un alto grado de confiabilidad del instrumento. El grupo de estudio estuvo conformado por 48 pacientes portadoras de cáncer de mama. Las conclusiones fueron entre otras:

*“Que los resultados mostraron un notable deterioro de la calidad de vida de la población evaluada con un 81.3% que califican su calidad de vida como mala, lo que demuestra que las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la población son severamente dañadas durante el curso de la patología”.<sup>(28)</sup>*

Podemos considerar, pues, que todos estos antecedentes confirman, en gran medida, las ideas expuestas de lo importante de realizar el presente estudio, y, por tanto nos permiten afirmar que las estrategias planteadas constituyen un valioso recurso para contribuir a la adopción de conductas saludables, que les permita a los pacientes oncológicos hacer uso de su multidimensionalidad, con factores internos para determinar el significado de los eventos relacionados con su enfermedad, habilitándose para decidir, asignar valores definitivos a objetos y eventos, capaz de predecir consecuencias y factores externos, basadas en recursos que pueden ser físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales; con el fin de aproximarse a un mejor estado físico y funcional, es decir con una mejor calidad de vida, disminuyendo de esta manera las complicaciones derivadas de la enfermedad.

## **F.2. BASE TEORICA**

### **A. GENERALIDADES DEL CANCER.**

#### **a.) SITUACION EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL DEL CANCER**

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en el 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer. Mientras que en el caso del hombre, los cinco tipos de cáncer más comunes en el mundo son, por orden de frecuencia, el de pulmón, estómago, hígado, colon/recto y esófago, para las mujeres los cánceres más comunes son los de mama, pulmón, estómago, colon/recto y cuello del útero. En España, uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres serán diagnosticados de cáncer a lo largo de su vida. Según estadísticas a nivel mundial la mortalidad en cáncer pulmonar es de 1,37 millones, por cáncer gástrico 736 000 defunciones, por cáncer hepático 695 000, por cáncer colorrectal 608 000, por cáncer mamario 458 000 y por cáncer cervicouterino 275 000 defunciones. <sup>(29)</sup>

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. Los cánceres causados por infecciones

víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios. Aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030.<sup>(30)</sup>

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital. Al considerar ambos sexos como un todo, es importante resaltar, que dentro de las neoplasias más comunes se encuentran las de la mama femenina, las del cuello uterino y las de próstata.<sup>(31)</sup>

El cáncer en el Perú ha cobrado importancia como problema de Salud Pública no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias, habiéndose convertido en la segunda causa entre las muertes registradas en nuestro país. El análisis del problema nos muestra una situación que obliga a acciones urgentes que felizmente en los últimos 4 años se están ejecutando aunque estas necesitan de un mayor apoyo político y económico para avanzar al ritmo que se requiere.<sup>(32)</sup>

Se estima que cada año ocurren alrededor de 42 mil nuevos casos de cáncer. De estos alrededor de la mitad reciben atención

en los servicios de salud del Sector público (unos 10 mil casos en los hospitales del MINSA y un número similar en Es Salud), un número menor de casos son atendidos en el sector privado. Al mismo tiempo, unos 30 mil decesos se atribuyen al cáncer cada año. El 90% de los pacientes con cáncer que acuden al INEN llegan en estados avanzados de la enfermedad, hecho que hace más difícil su tratamiento y pronóstico. <sup>(33)</sup>

## **b.) TIPOS DE CANCER**

Los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro país son: En las mujeres: el cáncer de mama y de cuello uterino; mientras que en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata. El cáncer de pulmón y de estómago afecta a varones y mujeres.

- **Cáncer de Cuello Uterino:** Primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional, y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 28.8 por 100,000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 11.3 por 100,000.
- **Cáncer de Mama** Representa el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa. En los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 26.5 por 100,000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 9.3 por 100 mil.
- **Cáncer de Estómago** Es la causa más frecuente de cáncer, tanto en hombres como en mujeres. Se estima una tasa de incidencia de 18.5 por 100,000 hombres y 14.5 en mujeres. La tasa de mortalidad es alta en ambos sexos, lo que indica que la mayoría de casos son diagnosticados en estadios avanzados.

- **Cáncer de Pulmón** A nivel nacional esta neoplasia maligna afecta más a hombres que a mujeres, con tasas de 9.5 y 5.3 por 100 mil habitantes. En relación a la mortalidad, las tasas son 8.5 y 6.9 por 100 mil, respectivamente.
- **Cáncer de Próstata** Es el más frecuente en varones. La tasa de incidencia estimada es de 18.9 por 100 mil hombres y la mortalidad asciende a 13.6 por 100 mil. <sup>(34)</sup>

### c.) DEFINICION DEL CANCER

Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.

Se habla mucho sobre las causas del cáncer sin poder aún establecer cuáles son estas. No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

Se plantean de forma muy general dos grandes causas fundamentales: las exógenas, responsables del 80-90 % de todas las neoplasias, y las endógenas responsables del 10-20 % restante. Estas últimas, a diferencia de las primeras, ocurren en el organismo independiente a cualquier incidencia externa. Pueden ser mutaciones espontáneas debidas a fallas en procesos

biológicos endógenos naturales que ocurren en la célula como es el caso de la reparación del ADN que realizan enzimas correctoras específicas o; por herencia, es decir, transmisión de mutaciones en genes recesivos llamados supresores que se transmiten de generación en generación en las llamadas familias con síndrome de cáncer.<sup>(35)</sup>

El hombre como ser biopsicosocial se mantiene en estrecha relación con el ambiente que lo rodea y este influye de varias formas en su salud. Los carcinógenos (cualquier agente capaz de incrementar la incidencia de la malignidad neoplásica) son los factores principales de las causas exógenas o ambientales. Estos pueden ser químicos, físicos, biológicos e incluso sociales.<sup>(36)</sup>

#### **d.) SIGNOS Y SINTOMAS**

El cáncer es un grupo de enfermedades que pudiera causar casi cualquier signo o síntoma. Los signos y síntomas dependerán de la localización del cáncer, cuán grande es, así como de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. Si un cáncer se propaga (hace *metástasis*), entonces los signos o síntomas pudieran aparecer en diferentes partes del cuerpo.

A medida que el cáncer crece, éste comienza a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Esta presión ocasiona algunos de los signos y síntomas del cáncer. Si el cáncer se encuentra en un área crítica, como en ciertas partes del cerebro, aun el tumor más pequeño puede causar síntomas de la enfermedad.<sup>(37)</sup>



Pero en ocasiones el cáncer surge en lugares donde no causará ningún signo o síntoma hasta que ha crecido en gran tamaño. Por ejemplo, los cánceres de páncreas usualmente no causan síntomas sino hasta que ha crecido lo suficiente como para presionar los nervios u órganos cercanos (esto ocasiona dolor de espaldas o de abdomen). Otros cánceres pueden crecer alrededor de la vía biliar y bloquear el flujo de bilis. Esto causa que los ojos y la piel adquieran un color amarillento (ictericia). Cuando un cáncer de páncreas causa signos o síntomas como éstos, por lo general está en etapa avanzada. Esto significa que ha crecido y se ha propagado más allá del lugar donde se originó (el páncreas).<sup>(38)</sup>

Un cáncer también puede causar síntomas, tales como fiebre, cansancio extremo o pérdida de peso. Esto puede deberse a que las células cancerosas utilizan mucho del suministro de energía del cuerpo o a que secretan sustancias que afectan la manera en que el organismo produce la energía que obtiene de los alimentos o el cáncer puede ocasionar que el sistema inmunológico reaccione de manera que cause estos signos y síntomas.

Algunas veces, las células cancerosas segregan sustancias al torrente sanguíneo que causan síntomas que generalmente no se asocian con el cáncer. Por ejemplo, algunos cánceres del páncreas pueden liberar sustancias que causan coágulos sanguíneos en las venas de las piernas. Algunos cánceres de pulmón producen unas sustancias parecidas a las hormonas que aumentan los niveles de calcio en la sangre. Esto afecta los nervios y los músculos, causando que la persona sienta debilidad y mareos.<sup>(39)</sup>

## e.) MEDIOS DIAGNOSTICOS

Se pueden utilizar una o más de estas pruebas para diagnosticar el cáncer:

- **Examen Físico:** Durante un examen físico se puede observar cualquier anormalidad, tales como cambios en el color de la piel, crecimiento de un órgano, o protuberancias que pueden indicar un posible cáncer.
- **Pruebas de Laboratorio:** Pruebas de laboratorio, tales como exámenes de orina o de sangre, pueden ayudar a identificar anormalidades que pueden ser provocadas por el cáncer.
- **Pruebas de Imagen:** Las pruebas de imagen permiten examinar los huesos y los órganos internos de una manera que no es invasiva. Las pruebas de imagen utilizadas para diagnosticar el cáncer pueden incluir una tomografía computarizada, una exploración de huesos, una imagen de resonancia magnética, un ultrasonido y rayos X.
- **Biopsia:** Durante una biopsia se pueden recolectar algunas células para hacerles pruebas en el laboratorio. Con esta prueba se puede detectar anormalidades.<sup>(40)</sup>

## f.) TRATAMIENTO DEL CANCER

El tratamiento varía de acuerdo con el tipo de cáncer y con su estadio. El estadio del cáncer hace referencia a cuánto ha crecido y al hecho de si el tumor se ha diseminado o no desde su ubicación original. Si el cáncer está confinado a un sólo lugar y no se ha diseminado, el método de tratamiento más común es la cirugía para curar el cáncer. Éste a menudo es el caso con los

cánceres de piel, al igual que los cánceres de pulmón, mamas y colon. Si el tumor se ha diseminado sólo a los ganglios linfáticos locales, éstos algunas veces también se pueden extirpar. Si todo el cáncer no se puede extirpar totalmente por medio de cirugía, las opciones de tratamiento son: radioterapia, quimioterapia o ambas. Algunos tipos de cáncer requieren la combinación de cirugía, radiación y quimioterapia.

- **Quimioterapia.-** Es la utilización de diversos fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. El paciente presenta con frecuencia ansiedad, miedo, irritabilidad, somnolencia, depresión, cambios de conducta, confusión mental, psicosis, alucinaciones y delirios que pueden ser producto de la enfermedad, por la neurotoxicidad del tratamiento. Asimismo, comienzan a sufrir reacciones adversas sobre su sexualidad, como infertilidad, disminución de la libido, anorgasmia, impotencia y dispareunia, entre las más frecuentes, lo que a la larga provoca conflictos familiares, rechazo conyugal, separación y divorcio.
- **Radioterapia.-** Es el tratamiento en la que se utiliza una corriente de partículas u ondas de alta energía. Al iniciar el tratamiento basado en radioterapia, el paciente tiene gran incertidumbre por entender en qué consiste, qué es, cómo actúa, qué reacciones secundarias le traerá como consecuencia y qué daños colaterales va a sufrir (ardor, alteraciones de la piel, decaimiento, pérdida del apetito, dispareunia, estenosis vaginal y en algunos casos caída de

pelo. Aunque la respuesta depende de la localización de la enfermedad, genera en el paciente temor, ansiedad, angustia, tristeza y depresión.

- **Cirugía.-** Los procedimientos quirúrgicos en oncología tienen connotación agresiva, dado que son procedimientos radicales, mutilantes y con un grado importante de deformación en muchos de los casos; por ello, el paciente presenta reacciones de desajuste emocional al saber que sufrirá una pérdida de su estructura e imagen corporal; por ello, se requieren procesos psicoterapéuticos que le permitan asimilar y afrontar las alteraciones producto de las mutilaciones, miedo a la deformación de su cuerpo, a no resistir la anestesia, a morir durante la cirugía y al estigma social.
- Otros tipos de tratamiento son la terapia hormonal, el trasplante de médula ósea o de células madre, la inmunoterapia o las terapias dirigidas. La terapia hormonal se usa algunas veces en el tratamiento de ciertos cánceres de próstata y seno. La inmunoterapia es un tratamiento que puede incrementar la función del sistema inmunológico del paciente y ayudarlo a combatir el cáncer. Por otro lado, la terapia dirigida es un tratamiento que se orienta directamente a las células cancerosas con lo cual se causa un menor daño a las células normales.<sup>(41)</sup>

## **g.) EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO**

El tipo de tratamiento que un paciente recibe dependerá del tipo y etapa del cáncer (qué tanto se ha propagado el cáncer), así como

la edad del paciente, y otras afecciones médicas y tratamientos que la persona haya tenido. Cada medicamento o plan de tratamiento tiene efectos secundarios diferentes. Es difícil predecir qué efectos secundarios ocurrirán, incluso cuando los pacientes reciben un mismo tratamiento. Algunos efectos secundarios pueden ser severos y otros más ligeros. Algunas personas experimentan una etapa difícil durante su tratamiento, pero también hay otras que sobrellevan su tratamiento muy bien y pueden desempeñarse en sus trabajos durante el mismo. Describiremos los que más afectan la calidad de vida del paciente:

- **Ansiedad:** Es un sentimiento de incomodidad y de tensión que experimenta la persona frente a la vida. Se presenta en forma aguda ante el dolor, el miedo a la inquietud, etc. Sus manifestaciones físicas son importantes, puede ir desde una modificación ligera del pulso, de la respiración o de la tensión arterial, hasta una elevación muy significativa de los signos vitales con la pérdida total de la persona sobre sí mismo.
  
- **Estrés:** Se manifiesta tanto desde el punto de vista físico como psíquico. Psicológicamente se produce como respuesta a un desequilibrio entre las exigencias a las que debe hacer frente al individuo y su capacidad para responder a ellas. En el plano físico el estrés puede ser la causa de que determinadas necesidades fisiológicas tales como el hambre, la sed, el frío o la falta de confort queden sin satisfacer. Generalmente el estrés constituye uno

de los componentes del proceso de la enfermedad, puede provocar dolor, fiebre, pérdida del apetito o inflamación local.

- **Miedo:** Con frecuencia la ansiedad viene acompañada de miedo. Se trata de un sentimiento que experimenta el sujeto ante el peligro de un daño físico o psicológico. La persona que siente miedo se siente ridícula, sin embargo frente al paciente no quita valor al miedo y hacerle ver su importancia ante un examen, un tratamiento, una intervención o ante la enfermedad misma incluso frente a la muerte.
- **Dolor:** Es una sensación penosa percibida en unos o varios puntos del organismo. Expertos lo definen como una experiencia sensorial y emocional desagradable acompañada de destrucción tisular verdadera o posible. Viene acompañado de reacciones psicológicas (ansiedad, depresión, cólera) de preocupaciones sociológicas (inquietud por el futuro, por la familia e incluso de interrogantes de carácter religioso o filosófico que pueden aumentar su intensidad).
- **Sentimientos de Soledad:** Es otro de los sentimientos que la enfermera encuentra en sus pacientes. El padecimiento, la enfermedad y la vejez no son atractivos para los demás, es decir los parientes y amigos de los enfermos se olvidan que su presencia es importante para ellos. Además hay pacientes que no tienen familia y se encuentran solos en el mundo. Ejemplo: personas de edad avanzada, enfermos crónicos y

pacientes de las unidades psiquiátricas. La soledad es un estado en que la persona se encuentra sola consigo mismo.

- **Alienación:** dentro de los servicios de salud y en las unidades de cuidados orientados hacia la eficacia y eficiencia el paciente se siente perdido y alienado ante cierta deshumanización se da cuenta de que en este tipo de organización no hay sitio para su opinión, sus inquietudes sus capacidades de decisión, derecho a la información, sus preferencias incluso para su personalidad con sus características individuales. Se siente extraño despojado de su identidad; con frecuencia pierde el sentido de los cuidados y de la multitud de personas que participan en ellos.
  
- **Sentimiento de impotencia:** es otra forma de alienación donde el paciente vive una situación crítica donde tiene que aceptar una enfermedad o limitaciones impuestas por la enfermedad, se siente condenado y comprueba con amargura la inutilidad de los cuidados, si sus creencias le llevan a recurrir a la ayuda espiritual pueden encontrar en ella cierta serenidad.
  
- **Modificación del esquema corporal:** El esquema corporal es un conjunto de representaciones psicológicas y sociológicas integradas por la persona en el curso de su desarrollo, se trata de una imagen en la que el sujeto es valorizada por el entorno y por la sociedad. Una modificación de esta imagen puede producir en el paciente un impacto en

su forma de verse y sobre todo de aceptarse, ejemplo amputación de un miembro, de un seno, de una parte del rostro, o de los órganos genitales, constituye una pérdida capital de las personas. Han de pasar meses, años para que pueda integrar la nueva imagen de sí mismo, y durante todo este tiempo experimenta vergüenza, desvalorización y pérdida de la confianza en sí misma.

- **Náuseas y vómitos:** La quimioterapia es un procedimiento muy eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, sin embargo, lleva consigo numerosos efectos secundarios, donde los pacientes experimentan náuseas, vómitos, esto es causado por la irritación de las paredes del estómago o por la estimulación del centro vagal.
- **Fatiga:** El cansancio es una sensación de debilidad emocional y mental que puede experimentar como resultado de la enfermedad o de su tratamiento. Se trata de un cansancio intenso y molesto, que no siempre se alivia mediante el descanso, y que padecen con mucha frecuencia los pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y los sometidos a trasplantes de médula ósea. Esto se produce debido a la destrucción de las células saludables que se dividen rápidamente. El bajo nivel de glóbulos rojos provoca que el paciente sienta fatiga. <sup>(42)</sup>



#### **h.) CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA.**

Cerca del 90% de los cuidados relacionados con el cáncer se administran en consulta externa. Esto conlleva mayor responsabilidad por parte del paciente y su familia y un enfoque coordinado por parte del sistema de atención sanitaria. A la vez que el cuidado del paciente continúa tornándose cada vez más complejo, las presiones de tipo reguladoras y fiscales se han vuelto más restrictivas. El cuidado óptimo depende actualmente de una elaboración cuidadosa de los planes por parte de diferentes fuentes de tratamientos a fin de asegurar la continuidad de los mismos. Hoy en día los pacientes cambian de entornos de cuidados médicos varias veces durante su tratamiento (por ejemplo, pasan de estar ingresados en un hospital a ser pacientes ambulatorios con necesidades de atención domiciliaria. Los componentes clave del tratamiento ambulatorio y a domicilio para los pacientes de cáncer son: contar con un equipo coordinado que administre los cuidados de salud necesarios, que haya un compromiso tanto del paciente como de su familia y la necesidad de apoyo y educación continua tanto para el paciente como su familia. Lo mejor para los pacientes y familiares es recibir cuidados de manos de un equipo médico ya que sus necesidades con frecuencia son complejas y no reconocidas. Dependiendo del diagnóstico, del estadio de la enfermedad, el grado de atención de enfermería que se necesita y una variedad de factores psicosociales, los pacientes pueden necesitar una asistencia tecnológica mayor o menor así como un grado de apoyo más intenso o menos intenso. Las necesidades de cuidado de los pacientes y sus familias las dictan factores médicos y biológicos, así como factores demográficos, (ambiente urbano o rural) y

factores psicosociales. Por lo tanto, las necesidades de cuidado son únicas para cada paciente y cada familia. <sup>(43)</sup>

Para lograr que el cuidado ambulatorio sea óptimo y tenga éxito, se deberá mantener una relación completamente integrada entre el cuidado interno y el cuidado ambulatorio. Para complementar los esfuerzos del médico en el inicio de la planificación de la estrategia médica a seguir, se deben realizar evaluaciones biopsicosociales completas de rutina, realizadas por un miembro debidamente adiestrado del equipo de atención médica, preferiblemente una enfermera clínica. Para evaluar las metas del cuidado en general, es de suma importancia que el médico a cargo del tratamiento y la enfermera conozca la necesidad de guiar al paciente a través de las diferentes opciones de cuidados con base en el equilibrio entre el estatus de la enfermedad, las posibilidades de tratamiento, estatus funcional, las metas del paciente y sus familiares, y su interpretación de los parámetros que implican calidad de vida. Idealmente, esta valoración se deberá realizar en el momento de admisión en cualquier centro de atención hospitalaria y en momentos críticos durante el curso de la enfermedad, incluyendo el diagnóstico, la finalización de un protocolo de tratamiento curativo, las recaídas y la fase terminal. Es esencial que esta valoración se lleve a cabo de manera rutinaria, ya que en el transcurso de la enfermedad ocurrirán muchos cambios en los objetivos del tratamiento tanto del paciente como de su familia, y en el deseo y la capacidad de los familiares para cuidar del paciente. Las revalorizaciones son esenciales para el éxito de la atención ambulatoria, el cumplimiento de las recomendaciones del médico y el manejo de la tensión. Las reevaluaciones rutinarias del estado biopsicosocial del paciente y de su familia deberán formar parte del proceso de

tratamiento tanto en el cuidado hospitalario como en el ambulatorio.<sup>(44)</sup>

## **B. GENERALIDADES SOBRE CALIDAD DE VIDA**

### **a.) CONTEXTUALIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA**

Definir la categoría de calidad de vida, se ha convertido en una tarea nada sencilla debido a la multiplicidad de factores que la determinan, de elementos que la integran y de efectos que produce en diferentes esferas de la vida de los individuos y los grupos.<sup>(40)</sup>

Ya en 1991, García Riano señalaba: “adentrarse en el campo de la calidad de vida era uno de los grandes retos de la investigación desde la psicología y la sociología; un campo ampliamente sentido desde el principio de la humanidad”. Independientemente del marco en que se aborde –popular o científico, individual o comunitario, independientemente del rigor científico de la definición del concepto y de la adecuación de sus formas de medición e investigación, podemos constatar que el hombre, desde sus orígenes, se ha ocupado y preocupado por elevar sus niveles de calidad de vida, y que “el grado de calidad de vida positiva parece ilimitado desde las aspiraciones humanas”.<sup>(45)</sup>

El concepto es extenso y ambiguo. La cantidad de vida se expresa fácilmente en indicadores tales como la esperanza de vida en años y las tasas de mortalidad, pero la calidad requiere otro tipo de indicadores y como es lógico, cierto “patrón de referencia”. Una particular arista de esta complejidad la constituye la discusión en cuanto a sus componentes o dimensiones. Se discute si la calidad de vida debe definirse como una medida global, como lo afirman De Haes y Van Knippenberg o si debe hacerse en función de determinadas dimensiones o áreas y, dentro de ellas, de aquellas

que resultan de mayor significación para cada individuo, tal como explican Harwood, Shaw y Hornsquit. Algunos autores como García Riano, se inclinan a considerarla como un sentimiento global y personal de bondad de la propia vida, con especial referencia al momento actual y a un pasado próximo, cercano e incluso al futuro inmediato. No existe un marco teórico general común a todos los enfoques. Algunos elementos se encuentran presentes en gran parte de estas definiciones, tal como el hecho de su relación con el bienestar de las personas.

Otro aspecto de gran relevancia en la calidad de vida es el relacionado con el apoyo social, que puede definirse como el grado en que las necesidades sociales básicas son satisfechas y que puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda.<sup>(46)</sup>

Se ha demostrado que tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social. Otros autores como Liang y colaboradores, han estudiado factores socioambientales, demostrando también la influencia del apoyo social sobre el bienestar psicológico; el hecho de hablar acerca de la enfermedad y el tratamiento con otras personas que comparten experiencias y problemas comunes pueden ayudar. Según los autores Bourjolly&Hirschman, al igual que en otras situaciones de estrés, el afrontamiento que utiliza como recurso el apoyo social resulta muy favorable. También hay autores como Schonholtz, que afirman que el apoyo que reciba la paciente de su pareja resulta un elemento muy positivo en el enfrentamiento de la enfermedad.<sup>(47)</sup>

La influencia de las creencias religiosas en el afrontamiento de la enfermedad en estas pacientes ha sido estudiada por Gall y Cornblad (2002), quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal.

Una visión poco materialista de la calidad de vida es la que plantea Cecilia Dockendorf, quien afirma que la calidad de vida no depende exclusivamente de bienes o servicios que se transan en el mercado, no tiene connotación económica solamente, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano, dado que puede mejorar independientemente de los recursos materiales. El bienestar psicosocial es un componente fundamental de la calidad de vida e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos – habilidades – hábitos y valores para la vida diaria. <sup>(48)</sup>

La calidad de vida se debe mirar desde dos puntos: la parte individual (privada) y la parte colectiva (pública); desde lo individual o privado es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. Desde lo colectivo o público es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo, pues en él se concentra un capital humano que con responsabilidad ética responde a significados que el mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de

la vida cotidiana y le permiten valorarla al poder contrastarla con criterios colectivamente validos en la sociedad en que vive. <sup>(49)</sup>

El concepto ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las de tener, amar y ser, propuestas por Eric Allardt, sociólogo finlandés.

Según Maslow, la calidad de vida está relacionada con las necesidades del hombre, que pueden ser básicas (desaparecen con su satisfacción) y otras que están enfocadas en las relaciones con los demás y el sentimiento hacia uno mismo. Igualmente, Max Neef plantea en su libro “Desarrollo a Escala Humana”, que la calidad de vida depende de las posibilidades de realizar adecuadamente las necesidades humanas fundamentales. El marco de necesidades básicas propone un referente o línea basal para comparación entre situación percibida y expectativas, lo cual reduciría el riesgo de inequidades en la medición de calidad de vida. <sup>(50)</sup>

En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según esto, la calidad de vida se ha definido como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, d) la combinación de las condiciones de

vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Como se ve, la calidad de vida es una definición imprecisa y no existe una teoría única que la defina y explique. La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales. <sup>(51)</sup>

#### **b.) LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)**

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Así mismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones. <sup>(52)</sup>

El uso de medidas de calidad de vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. <sup>(53)</sup>

En la salud, el término calidad de vida mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias; en la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades.<sup>(54)</sup>

La salud es considerada por autores como Kaplan, Moreno y Ximenez, uno de los principales valores del hombre, así como también uno de los elementos determinantes más importantes de la calidad de vida total. Así, calidad de vida y salud tienen una doble relación, en la medida en que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, al mismo tiempo, un resultado de ella.

Más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno.<sup>(55)</sup>

La multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que



cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida.<sup>(56)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”, es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad, este es el concepto de calidad de vida que orienta el desarrollo del presente trabajo de investigación. Esta definición entiende que la calidad de vida es una evaluación subjetiva y destaca que solo puede realizarse si incorpora al contexto cultural, social y medio - ambiental de esa persona. Este concepto está compuesto por múltiples dimensiones, que abarcan pero también trascienden al “estado de salud”, el “estilo de vida”, la “satisfacción con la vida”, el “estado mental” y el “bienestar” (OMS, 1998).<sup>(57)</sup>

Sin embargo, si bien se afirma que las definiciones sobre que es una buena “calidad de vida” no constituyen parámetros universales sino que requieren ser evaluadas *in situ*, de acuerdo a las diferencias de cada cultura, ante iguales condiciones de enfermedad, se estima que las personas vivenciaran determinados rasgos comunes en el transcurso de su padecimiento; de ahí el esfuerzo por el desarrollo y la implementación de instrumentos de alcance general para medir este tipo de situaciones. De este modo,

así como la calidad de vida contiene evaluaciones globales sobre posiciones de vida de una persona, también tiene dominios específicos.

Las tres dimensiones que globalmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión Física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Además la dimensión física se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física.
- **Dimensión psicológica.** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social.** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, la sexualidad y la satisfacción con los contactos sociales como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. Otros problemas que afectan la calidad de vida del paciente están relacionados con limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, pérdida del trabajo, aumento de los

gastos económicos, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, etc., lo cual puede afectar la elección y la adherencia al tratamiento más adecuado.<sup>(58)</sup>

Las características de la calidad de vida son:

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial.
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependientes: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales

### **c.) VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN ONCOLOGIA**

En virtud de que la mayoría de los pacientes con cáncer sobrevive un periodo significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos, los profesionales de la salud deben ocuparse además de prolongar la vida del paciente- en reducir los síntomas asociados con la enfermedad (ejemplo:

nausea y vomito relacionados con quimioterapia), y de transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal.

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que se sobrellevan. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. Sin duda alguna, la mayoría de los estudios recientes acerca de la calidad de vida relacionada con la salud provienen de grupos farmacéuticos, pero es necesario que otros grupos se ocupen vigorosamente del estudio del efecto de las intervenciones médicas en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, así como dirigir esfuerzos para diseñar programas de intervención psicológica enfocados en mejorar la calidad de vida de estas personas.<sup>(59)</sup>

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, dado que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes, todos ellos conocimientos que conformaran creencias que orientaran los comportamientos. Por lo tanto, sería de esperarse que cualquier persona, ante un cáncer recién diagnosticado, presente una serie de respuestas emocionales que pueden verse afectada por las características del tratamiento específico indicado. Por ejemplo, en caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben conocer tanto la conveniencia del procedimiento,

como, en el caso de que la haya, la pérdida funcional correspondiente. Las reacciones emocionales esperadas de parte de los pacientes estarán muy relacionadas con el lugar donde se deba llevar a cabo la cirugía y pueden desencadenar sentimientos de temor, vergüenza o culpa. <sup>(60)</sup>

Si el tratamiento de elección es la radioterapia, el temor del paciente puede asociarse con el uso solo paliativo que hace algunos años se daba a esta terapéutica y puede llevar al paciente a pensar que su tumor es incurable, o bien, puede temer a las quemaduras o a la exposición excesiva a las radiaciones. Por ello, es conveniente que siempre se informe con detalle al paciente sobre las ventajas y efectos secundarios como la anorexia, la náusea, el vómito, la fatiga, la debilidad, el dolor y la diarrea, que suelen aparecer dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento (Romero, 1997).

Si se optó por la quimioterapia, además de sus beneficios, los pacientes deben conocer los efectos secundarios, como pueden ser la pérdida del cabello, la fatiga, la anorexia, las neuropatías periféricas, la estomatitis, la diarrea y los problemas sexuales, así como de las náuseas y el vómito, que aparecen acompañando al tratamiento. <sup>(61)</sup>

De este modo, resulta esencial que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información acerca de las molestias que ocasiona la propia enfermedad, de las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios. Disponer de esa información puede favorecer la adherencia del paciente al

tratamiento, puede ocasionar que los posponga o, peor aún, que lo abandone.<sup>(62)</sup>

Algunos autores aseveran que identificar la calidad de vida relacionada con la salud con el estado funcional constituye un inconveniente, porque lejos de ser sinónimos existen muchas situaciones especiales en las que ni siquiera coinciden, y, tal cual notan Sirgy y colaboradores, personas cuya “funcionalidad” es evaluada negativamente mantienen un alto nivel de calidad de vida gracias a apoyarse en otros soportes de su medio (ambiental, social, económico, de expectativas). Viene dándose un creciente interés en aspectos espirituales/existenciales y sociales por los actores del campo de la salud relacionados con enfermedades que amenazan la vida.

La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. No obstante las variadas posiciones que existen en el análisis de este concepto, todos los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre.<sup>(63)</sup>

En las últimas décadas, se ha registrado un progresivo interés entre los profesionales de la salud por el mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos crónicos; muchas de estas enfermedades afectan diferentes esferas de la

realidad laboral y social de quien las padece, produciendo un evidente deterioro de su calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida en los enfermos crónicos, tomando en consideración su propia evaluación (juicio personal acerca de la repercusión de la enfermedad y sus limitaciones, estados emocionales que acompañan esta evaluación) permite establecer el proceso de apoyo que requiere cada paciente en particular. La mayoría de los autores coinciden en destacar que la valoración del estado de salud de un paciente con enfermedad crónica ha de ser multidimensional, y aceptan generalmente incluir en dicha evaluación al menos cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y social.<sup>(64)</sup>

Por otro lado, como efecto de la enfermedad, las relaciones del enfermo con sus redes sociales se ven afectadas. Se pueden observar dos tendencias en los estudios que han abordado esta cuestión. Por un lado, los que se centran en las relaciones interpersonales entre el enfermo y sus redes, y por otro, los que se refieren a las alteraciones que sufren estas cuando atienden a un enfermo crónico, lo que también tiene efectos indirectos en la relación con la persona enferma. Esta tiende, en ocasiones, a evitar los contactos o a descargar su angustia con las personas que intentan ayudarlo, lo cual produce efectos negativos en su relación con los miembros de la red. De acuerdo con lo expresado, la interacción entre las organizaciones de apoyo social y la enfermedad es más compleja de lo que a primera vista parece; y aunque de ella puede resultar una mejor adaptación, se encuentra condicionada por múltiples factores, tales como las características de la enfermedad, las reacciones de la red de apoyo social hacia la

persona afectada por la enfermedad y la interpretación que el enfermo hace, tanto de su estado como de las conductas de ayuda.<sup>(65)</sup>

#### **d.) INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

Las medidas para cuantificarla varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, deben reunir requisitos metodológicos preestablecidos. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.<sup>(66)</sup>

Si los temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real por un pequeño error de medición, normal en estas escalas, aun así, poseerá propiedades estadísticas. Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad.



En las investigaciones de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se mide mediante una serie de encuestas y formularios que incluyen una serie de preguntas o afirmaciones relacionadas con diversos aspectos de la vida de los pacientes y que se denominan globalmente cuestionarios de la CVRS; existen de forma global tres grupos o tipos de cuestionarios para medirla. Sin embargo, estas definiciones no indican de forma práctica cómo medir y valorar dicho concepto. El problema para medir la calidad de vida está en la falta de un instrumento único y global capaz de aglutinar todos los componentes que la definen.

Una primera aproximación la realizó Breslow y colaboradores, que estudiaron el estado de salud y bienestar en una muestra de población en Alameda, California. Para ello adoptaron la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como guía de valoración de la población, basándose en aspectos físicos, emocionales y sociales del bienestar. Sin embargo, no contemplaba el grado de satisfacción del paciente que lleva implícito el término calidad de vida.

Posteriormente, comenzaron a utilizarse diferentes índices para valorar la calidad de vida. Así, destaca en primer lugar el índice funcional de Karnofsky utilizado con la finalidad de cuantificar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Es una escala ordinal desarrollada por médicos con intención de obtener información para realizar un diagnóstico, determinar un tratamiento y valorar una respuesta clínica. Pero la exactitud y reproducibilidad de la escala de Karnofsky tiende a ser pobre, confiriéndole una escasa fiabilidad y validez.

En 1981, Spitzer y colaboradores diseñaron un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Esta contiene una única escala para la evaluación global de la calidad de vida, compuesta de diferentes componentes que analizan los aspectos físicos y emocionales que constituyen el concepto de calidad de vida. Esta escala consta de 15 puntos y es mucho más interesante que la de Karnofsky por su sencillez y facilidad con la que puede ser cumplimentada por un observador.

(67)

Gelber y colaboradores en 1986, desarrollan el índice denominado TWIST aplicándolo a pacientes con cáncer de mama sometidas a terapia adyuvante. TWIST combina en un solo índice el efecto antitumoral, la toxicidad y la calidad de vida. Las siglas se refieren al tiempo sin síntomas de la enfermedad y efectos tóxicos subjetivos del tratamiento. Se expresa en unidades de tiempo. Los efectos secundarios se puntúan como tiempo restado al período de supervivencia. Actualmente existe una amplia gama de cuestionarios de medida de calidad de vida en pacientes oncológicos. Se pueden clasificar en dos grupos:

**Generales:** aplicables a cualquier tipo de tumor. Entre éstos encontramos los siguientes:

- **Cuestionario de Spitzer:** consta de cinco apartados que suele cumplimentar el propio médico. Es muy sencillo pero poco sensible, porque las cuestiones son muy generales o incluyen varios aspectos a la vez.

- **Functional Living Index Cancer (FLIC).** Formado por escalas visuales. En un estudio realizado por Ganz fue incapaz de obtener resultados fiables debido a la frecuente pérdida de datos. De amplia difusión y utilización en Estados Unidos.
  
- **Cuestionario de la EORTC (Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer).** En 1986 la Organización Europea para la investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), creo un grupo estable de trabajo sobre la calidad de vida. El servicio de oncología del Hospital de Navarra lleva colaborando en este grupo desde 1992. Este grupo creo un cuestionario general, común a todo tipo de cáncer, el QLQ C-30. De este cuestionario se han hecho tres versiones, QLQ C-30 (1,2 y 3) las cuales han sido validadas en España. Este cuestionario general se complementa con módulos específicos para diferentes tipos de cáncer. Es el más utilizado en Europa. Consta de 30 ítems que se reparten en 5 escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo. En la mayoría de las escalas se utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (en absoluto, un poco, bastante, mucho), salvo en las de funcionamiento físico y rol que ofrecen dos alternativas y la escala global.<sup>(68)</sup>

**Específicos**, diseñadas para un determinado tipo de tumor. Entre los que tenemos el cuestionario de Kaasa y la tarjeta de evaluación diaria, ambos para cáncer de pulmón. Es esencial que la escala de medida incluya todas las áreas de la vida impactadas por el cáncer

o su tratamiento, como son la esfera física, psicológica, social y espiritual.<sup>(69)</sup>

#### **e.) CARACTERISTICAS DE LOS CUESTIONARIOS O TEST DE CALIDAD DE VIDA**

La mejor forma de determinar la calidad de vida de los pacientes es mediante la realización de cuestionarios. Un buen cuestionario debe considerar todas las variables que integran el concepto multifactorial de calidad de vida anteriormente citadas. Varios autores revisaron la idoneidad de 17 escalas de evaluación de calidad de vida aplicadas a pacientes con cáncer y concluyeron que ninguna de ellas reunía todas las características adecuadas. No existe un cuestionario unánimemente aceptado por todos los investigadores, pero deben reunir una serie de requisitos:

- Simplicidad. Debe ser corto y fácil de registrar, comprender y rellenar.
- Cuantitativo.
- Aplicable al mayor número posible de situaciones.
- Ser válido en la población de estudio y sensible a los posibles cambios de calidad de vida durante el tratamiento.

Este último requisito constituye la validación del cuestionario y es un paso esencial para poder emplearlo con garantías. Dicha valoración consiste en un proceso matemático que garantiza que el cuestionario mide realmente la calidad de vida, es sensible a cambios en la misma y se puede aplicar a la población con la enfermedad en estudio. Por ejemplo, un cuestionario para determinar la calidad de vida en pacientes operados de carcinoma

de colon, no es útil en pacientes sometidos a quimioterapia intensiva por un linfoma de alto grado de malignidad. <sup>(70)</sup>

## **C. GENERALIDADES SOBRE EL APOYO SOCIAL**

### **a.) ASPECTOS BASICOS DEL APOYO SOCIAL**

En los años 70, el apoyo social surge como un concepto de interés en las investigaciones de distintas disciplinas; fundamentalmente, en la descripción de los efectos negativos del estrés sobre el estado de la salud de las personas y de las familias, debidos al aislamiento social o la baja integración social; reconociendo una relación positiva entre el apoyo social y la salud de las mismas. Los pioneros en el concepto de apoyo social, lo definen como aquellos lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño. <sup>(71)</sup>

El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión, las enfermedades cardiovasculares; es considerado como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, les quieren, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

En los 80, se introduce la definición de apoyo social como las “transacciones interpersonales” que incluyen la expresión de afecto positivo de una persona hacia la otra, la afirmación o respaldo de

los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica a otra.<sup>(72)</sup>

Kahn, aporta el término “*convoy*”, en sentido metafórico, como expresión del vehículo a través del cual se proporciona el apoyo social; trata de las personas que en un momento determinado estarían dispuestas a proporcionar ayuda a alguien en concreto, lo que constituye la red social; medido a través de número en la red, duración de las relaciones, y frecuencia de contacto con los miembros de la red; porque el “*convoy*” individual puede cambiar en el tiempo. El apoyo social se relaciona a la red social, como un conjunto bien definido de actores, individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, que están vinculados unos a otros a través de relaciones sociales.<sup>(73)</sup>

El apoyo social se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Frey estableció que el apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener contacto personal. Agrega que el apoyo social es teóricamente definido como un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre dos personas.

Por otro lado, Hupcey y Castro afirman que el apoyo social es un concepto multidimensional, lo que lo convierte en un fenómeno complejo, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con las relaciones sociales y la influencia de estas en la salud de las personas, sobre todo en la disminución del estrés.<sup>(74)</sup>

El concepto apoyo social es el proceso interpersonal de abogacía que está centrado en el intercambio recíproco de información en un contexto específico, el de negociación entre los proveedores y los receptores. La abogacía es un importante atributo del apoyo social ya que los proveedores de apoyo sirven como defensores de los receptores, a través de la seguridad, refuerzo, afirmación, validación y estímulo, bajo una atmósfera de respeto positivo incondicional y cuidado, el cual incluye expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor.

Un grupo tan diverso de científicos, han producido a través de sus investigaciones, una convergencia de ideas acerca del apoyo social, pero, igualmente, han demostrado la importancia y utilidad del apoyo social en el estado de la salud y el bienestar de las personas.<sup>(75)</sup>

Por otro lado, y como se ha visto, el funcionamiento social (es decir, la propia conducta social) de la persona es un ingrediente básico de su calidad de vida. La conservación de las relaciones sociales y el nivel de integración social del enfermo es un determinante de su calidad de vida, en general, y de su salud en particular.

En cualquier caso, las investigaciones realizadas hasta la fecha indican que el apoyo social se relaciona con la calidad de vida de

dos formas posibles: 1) reduciendo el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes en la vida de la persona, y reduciendo, por tanto, la posibilidad de que los niveles de estrés puedan contribuir a la aparición o agravamiento de una enfermedad (hipótesis de la amortiguación) y 2) influyendo directamente sobre la enfermedad física, contribuyendo a menores niveles de morbilidad y sobre todo, contribuyendo a una mejor rehabilitación (hipótesis de efectos directos).<sup>(76)</sup>

## **b.) TEORIAS DEL APOYO SOCIAL**

La literatura del apoyo social ha tenido un éxito incuestionable en llamar la atención sobre la importancia de las redes sociales en el bienestar y la adaptación. Diferentes investigaciones han demostrado la asociación positiva entre el soporte social y el bienestar; sin embargo no existe unanimidad para determinar el proceso por el cual se da esta asociación, por ello se debe la existencia de tres teorías del soporte social, las cuales centran su atención en:

**1ra. Teoría: El Soporte Social como una conexión interpersonal o modelo del efecto principal:** Enfatiza la estructura de las redes sociales, se centra en el análisis de las descripciones cuantitativas del ambiente social. Dicho análisis de la red se basa en el supuesto que las características estructurales de las relaciones proporcionan efectos beneficiosos ya sea en presencia o ausencia de eventos estresantes.

**2da. teoría: El rol de los elementos funcionales del soporte social o modelo de protección mutua. Cohen y Bolger (1990).** Plantean, que los recursos proporcionados por las funciones del



soporte social promueven el bienestar protegiendo o atenuando los efectos adversos de los eventos estresantes, pero siempre y cuando el soporte recibido vaya en concordancia con las necesidades específicas activadas por el agente estresante. Los recursos del soporte recibido permiten el enfrentamiento adaptativo a las demandas instrumentales y emocionales de la situación estresante. Se espera que ciertas funciones específicas de soporte social faciliten el enfrentamiento a circunstancias estresantes específicas.

### **3ra. teoría: La sensación de sentirse apoyado o la percepción del soporte social Coyne y Bolger (1990)**

Plantean que, el significado primario por el cual el individuo se beneficia del soporte que se le brinda es la percepción que tiene sobre dicha ayuda. El soporte social se puede comunicar mediante comportamientos que ofrezcan ayuda tangible, consejo e información o soporte emocional, pero el ofrecimiento o disponibilidad de estos recursos no constituyen el ingrediente fundamental de soporte social. Lo fundamental es la percepción de la disponibilidad de ayuda, la creencia del individuo de contar con personas que lo aman, aceptan y valoran, se preocupan por él y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudarlos si llegara necesitar ayuda. Si el individuo no percibe el soporte como disponible probablemente, este no será usado, incluso las conductas de soporte que brindan los demás puede no ser vista como ayuda, o las que proporcionan podría no satisfacer las necesidades del individuo. <sup>(77)</sup>

### c.) COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo.

- **Redes sociales:** es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que "las redes sociales proveen un número de funciones de soporte a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan", tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal.
- **Soporte social percibido:** es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes.
- **Soporte social efectivo:** que está referido a las acciones de soporte mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. <sup>(78)</sup>

#### d.) FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL

Las funciones del apoyo social que ofrece la fuente, es decir quien da el apoyo; son muy diversos, que van desde una palabra de aliento hasta el colaborar con el desarrollo de alguna actividad en particular. Cabe resaltar que para la persona receptora del apoyo está definida de la siguiente forma:

- **Emocional:** la fuente es la persona quien va a dar el sostén emotivo para otra persona que se encuentra en un estado vulnerable. Este tipo de apoyo se convierte en un soporte, brindando la tranquilidad, seguridad, la confianza a la otra persona que busca la disponibilidad de otro para poder hablar y compartir sus pensamientos, sentimientos, experiencias entre otras emociones sintiéndose una persona valorada.
- **Informacional:** denominado también consejo guía cognitiva y soporte de evaluación, ayuda a definir entender y enfrentar los eventos problemáticos (provee asesoramientos directrices).
- **Instrumental:** conocido también como tangible, material; consiste en proporcionar ayuda específica o material para dar solución a un problema, se brinda a través de especies, dinero, trabajo, tiempo, modificación ambiental o la ayuda en alguna actividad de la vida diaria (levantarse, asearse, etc.)
- **Aprecio, afectivo o valorativo:** la persona que ofrece el apoyo, brinda una confianza a su receptor, que influye

positivamente sobre su autoestima. Esta sensación percibida por el individuo apoyado, de contar con alguien, sentirse acompañado socialmente es lo que busca toda persona para hallar su propia tranquilidad emocional.

- **Interacción social:** el receptor del apoyo social realiza acciones con otras personas de su entorno, con el único objetivo de realizar actividades de carácter recreativo en su tiempo libre; todo ello repercutirá positivamente en la persona, dado que son sentimientos positivos; ya que no hay estrés u otro sentimiento negativo. <sup>(79)</sup>

#### **e.) FUENTES DEL APOYO SOCIAL**

Se consideran fuentes del apoyo social a todas las personas esposo(a), hijos (as), familiares, compañeros de trabajo, amigos (as), vecinos, cuidadores, profesionales de la salud o servicios sociales entre otras, que de alguna manera, van a proporcionar algún tipo de ayuda a otra persona, en cualquier momento de su vida. Dentro de las características que pudiesen tener las personas que brindan un apoyo social tenemos la empatía, la escucha activa, la asertividad, entre otros que se van a ir adaptando dependiendo a las diversas situaciones de la vida diaria.

Además se debe de identificar quien es el que brinda el apoyo (emisor, fuente) y el que recibe el apoyo (receptor); lo cual es imprescindible en la relación de apoyo social. Las redes sociales que brindan apoyo social, pueden ser *formales o informales*, la diferencia radica en que las formales poseen una organización, con objetivos ya determinados como son las situaciones de los

servicios sociales que cuentan con profesionales o voluntarios que garanticen el logro de sus metas; mientras que en los informales se encuentran la familia, los amigos, los vecinos, las redes comunitarias, todos aquellos que tienen un sistema no estructurado, es decir, que en determinadas situaciones van a brindar un tipo de apoyo, pero no va a ser constante a lo largo de la vida del receptor. <sup>(80)</sup>

#### **f.) INSTRUMENTOS DE MEDICION DEL APOYO SOCIAL**

Para la medición del apoyo social ha de considerarse diversos aspectos, dependiendo del investigador; por ejemplo: las fuentes de apoyo (esposo, hijos, amigos, compañeros de trabajo, etc.). El tipo o contenido del apoyo (emocional, instrumental, informativo, valorativo) es el apoyo disponible, recibido o la satisfacción del apoyo disponible, recibido, o la satisfacción del apoyo disponible. Entre los instrumentos más utilizados tenemos:

- Entrevista de apoyo social de Arizona
- Inventario de conductas sociales
- Apoyo social percibido de la familia y amigos
- Cuestionario de apoyo social
- Entrevista de interacción social
- Cuestionario MOS

El cuestionario MOS de apoyo social, permite investigar cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de ayuda

domestica); y 4) emocional/ informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).<sup>(81)</sup>

#### **D. GENERALIDADES SOBRE PERCEPCION**

La percepción es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos".

Whittaker la define como "proceso bipolar uno relativo a las características, mientras el segundo abarca las características del receptor (experiencia, actividades, personalidades, etc.). La percepción es la forma del conocimiento de la realidad como resultado de la práctica social y de la experiencia".

Rubinstein refiere que la percepción que tengamos depende del contexto intelectual en que se encuentra y que según sea el nivel y el contenido de nuestros conocimientos, no solo juzgaremos de distinta forma el mundo, sino que también lo veremos de otros modo la percepción no es un acto puramente pasivo ni contemplativo, no es el producto aislado de los sentidos sino más bien de la experiencia del conocimiento del contexto intelectual, social, del nivel y contenido de los conocimientos del hombre vivo.

Percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico y del pensamiento. Percepción refleja la personalidad, actitudes y experiencias. La percepción es definida como un proceso mediador originado por la sensación, pero no determinada completamente por ella. La percepción puede ser

determinada por el estímulo; así mismo es el resultado de un proceso mental activo, mediante el cual la conciencia interpreta los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y les da significado útiles, los cuales están condicionados por experiencias y/o aprendizajes anteriores, por estímulos externos y por características propias de la personalidad de quien percibe permitiéndole formar conceptos, opiniones, puntos de vista o impresiones del objeto de percepción.<sup>(82)</sup>

#### **a.) TIPOS DE PERCEPCION**

En cuanto a los tipos de percepción se consideran los siguientes:

**Percepción biológica:** Este tipo de percepción está sustentado en base a la teoría del condicionamiento clásico, con esta teoría Pavlov, llega a la conclusión de que los elementos básicos en la percepción son cadenas de reflejo condicionado, por elementos simples de la actividad del analizador visual, demostrando de esa manera cómo los organismos pueden responder condicionadamente y con atracción o aversión a estímulos inicialmente neutros en función de sus emparejamientos con otros estímulos incondicionados placenteros o aversivos, es decir que la percepción biológica, describe el condicionamiento como la reacción en base a las asociaciones que cada individuo puede haber sufrido.

**Percepción física:** Este tipo de percepción está orientada al comportamiento físico de los objetos y del propio cuerpo, en espacio y en el tiempo, produciendo una serie de estímulos, procedentes del exterior del cuerpo a través de receptores visuales, táctiles y auditivos; los cuales provocan

sensaciones y por lo tanto, las acciones de una persona dependerán, en parte, de su percepción de la situación, basándose en dichas sensaciones.

**Percepción social:** Este tipo de percepción se refiere a la manera como percibimos y conocemos las características psicológicas de otras personas, es decir está vinculado con la naturaleza de las relaciones interpersonales en una determinada situación de interacción social.

## **b.) CARACTERISTICAS DE LA PERCEPCION**

En cuanto a las características de la percepción, se considera que esta tiene:

- **Carácter de Integridad:** El estímulo se percibe como un todo único donde sensaciones cinéticas, táctiles y visuales se asocian con facilidad entre sí.
- **Carácter Racional:** La interpretación de los estímulos de la realidad se lleva a cabo según los conocimientos que se han recibido antes y según experiencias pasadas.
- **Características Selectivo:** Determinado por causas objetivas y subjetivas. En el primero se encuentra las cualidades de los mismos estímulos y particularidades de la condición externa en la que se percibe el objeto. La segunda, la causa subjetiva, depende ante todo de la actitud del hombre hacia el objeto que actúa sobre él, y esta actitud, a su vez depende del significado que tenga el estímulo para el sujeto, según sus experiencias anteriores y del estado psíquico general en que se encuentra.



### c.) COMPONENTES DE LA PERCEPCION

En la percepción intervienen tres componentes o elementos estrechamente asociados; estos elementos no se dan por separado, sino que constituyen una única realidad:

- **Proceso Sensorial:** Nada llega a nuestros conocimientos, si antes no llega a nuestros sentidos. La sensación constituye la fase inicial en la percepción de la información.
- **Proceso Simbólico:** La percepción implica una estructuración de la realidad, interpreta y organiza la información recibida sensorialmente.
- **Proceso Afectivo:** En nuestras relaciones con el mundo, no podemos desentendernos de nuestra peculiar forma de ser, ni de nuestra experiencia previa. La percepción es un acto de toda nuestra persona.

### d.) FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION

**Factores Internos:** Son todos los elementos internos como nuestras propias ideas, creencias en las que podemos establecer entre ellas tenemos las siguientes:

- **Motivaciones:** Nuestras tendencias, intereses y gustos son un factor importante en la selección de estímulos perceptivos. Estamos en cierta manera predispuestos a percibir aquellas cosas que motivan nuestra atención.

- **Experiencias:** Toda nuestra vida pasada está llena de experiencias y vivencias personales. No es de extrañar su gran influencia en el proceso de nuestras percepciones.
- **Necesidades:** También las necesidades personales influyen de manera notable y perceptiva en nuestras percepciones, si padecemos hambre o sed percibimos inmediatamente todos aquellos estímulos relacionados con estas necesidades.
- **Ambiente cultural:** No cabe duda que una de las cosas que más modifican nuestras percepciones es nuestro propio ambiente y el grupo social al que pertenecemos.

**Factores Externos de Selección:** son aquellos factores que son aprendidos de acuerdo a las necesidades y deseos de cada individuo. Entre estos podemos destacar los siguientes:

- **Intensidad y tamaño del estímulo:** Cuanto mayor es la intensidad y el tamaño más pronto la percibimos
- **Contraste:** Cada vez que se produce un contraste entre nuestra situación presente y habitual o una situación nueva, captamos la diferencia. Ejemplo: rechazo y aceptación.
- **Repetición:** La repetición es constante en las cosas, van grabándose en la memoria. Ejemplo: Todos los seres vivos son muy sensibles a la captación del movimiento y el hombre no es una excepción en este caso.

El conocimiento de la manera como nuestras expectativas influyen en nuestras percepciones es importante para juzgar a los demás; dos personas por ejemplo, pueden decir exactamente lo mismo en el mismo tono de voz arisca. Si tiene la imagen de

uno como simpático y del otro como una persona de mal carácter, pensará que el primero está bromeando y que el segundo es agresivo, y su propia reacción emocional será totalmente diferente hacia uno u otro.

Del mismo modo Silverio Barriga manifiesta que "la percepción supone la interpretación de los estímulos recibidos. Por la percepción nosotros entramos en contacto con el mundo exterior. La percepción es un acto de naturaleza cognitiva, eminentemente complejo en el que interviene toda la persona en su totalidad. Percibimos no sólo objetos físicos sino realidades sociales. Por la percepción la realidad queda en nosotros estructurada y recibe un significado concreto. La percepción es un acto complejo en el que interviene la persona en su totalidad, por el que queda la realidad estructurada y recibe un significado concreto."<sup>(83)</sup>

## **E. EL PACIENTE CON CANCER**

Los continuos avances en el tratamiento y las mejoras en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con cáncer no han sido capaces de desterrar la asociación de esta enfermedad con sentimientos de desesperación, dolor, miedo y muerte. En el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en todos los periodos evolutivos de la enfermedad, el paciente y la familia sufren un estrés psicológico prolongado como consecuencia de los síntomas, el conocimiento y el pronóstico del cáncer, así como de su estigmatización. El diagnóstico no causa el mismo impacto emocional en todos los individuos, sino que cada uno de los pacientes atraviesa una situación única que viene marcada por experiencias personales anteriores de su vida. Tanto el paciente

como la familia experimentan algún grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante el proceso de la enfermedad que puede generar conflictos.

Saberse portador de un cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Si el paciente percibe su situación como “amenazante”, surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad.

Si por el contrario valora la situación como una “pérdida importante”, aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Tiene carácter universal e influye en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante. Este sentimiento puede estar relacionado con miedo a la muerte, a la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc. a alteraciones de la imagen corporal, a no poder realizar las actividades cotidianas, a la posible alteración de las relaciones personales y sociales.

Una vez ha finalizado el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar. A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente en el hospital. Al dolor y a

otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados ( apoyo emocional ) Esto debido a que cada individuo es único y por, tanto, intentar dar una explicación a cada una de las preguntas que se pueden formular ante esta situación es prácticamente imposible: No existe una formula universal. <sup>(84)</sup>

## **F. PERCEPCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA**

El diagnóstico de cáncer supone en la vida del paciente afectado y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. Este proceso de ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes y diferencias en función del tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el capital relacional. Como aspectos comunes destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera. El proceso de despersonalización implica la adopción de un yo - enfermo de cáncer que sustituye el yo – persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno. La enfermedad vive como una amenaza y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte. Ello implica que “decir cáncer sea sinónimo de sentencia de muerte” y por lo tanto la palabra cáncer se convierte en tabú. La respuesta al proceso de despersonalización varía según la edad.

En pacientes jóvenes se abre un paréntesis vital en el que se destina toda la energía a la lucha contra la enfermedad, mientras que en pacientes mayores se busca una “convivencia” con el cáncer. El proceso de lucha, desesperanza y resignación asociado al yo – cáncer aparece de forma cíclica a lo largo del ciclo evolutivo de la enfermedad y está asociado a la auto-percepción

del enfermo. A lo largo de este proceso suele presentarse una visión diferente entre enfermos y familiares. Así, mientras que los enfermos mantienen una visión parcial, a veces reforzadas por conductas de negación de la realidad, esperanzada y de lucha; los familiares adoptan una visión más global, desesperanzada y de sufrimiento. Además la actitud del enfermo frente al cáncer depende del capital relacional que tenga, es decir, de su nivel de interacción y relación social con otras personas. La ausencia de un buen capital relacional puede suponer el aislamiento y estigmatización de los pacientes.

El tipo de cáncer y la gravedad del mismo también condicionan la actitud de los pacientes frente a la enfermedad. De esta forma, en pacientes con leucemia, existe una gran afectación emocional y una cierta sensación de ausencia de control sobre la enfermedad. En cáncer de pulmón, suele existir una gran incapacitación física y una percepción de gravedad extrema. Sin embargo, en el caso de los tumores de colon, los pacientes se muestran, más esperanzados debido a las diferentes expectativas asociadas y al hecho de identificar los pacientes al tratamiento como curativo. A pesar de ello, en casos de colostomía los pacientes lo perciben como una terapia que afecta su vida social. Las personas afectadas por tumores de mama o de próstata lo perciben como hecho diferencial respecto a otros tumores su preocupación se enfoca en los cambios de identidad de género. Así mismo en algunos pacientes cuando finalizan el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar. A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente en el hospital. Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados. Es por ello que la experiencia

con el cáncer es muy personal, afectando a cada paciente y a cada familia de un modo diferente. <sup>(85)</sup>

## **G. REPERCUSIONES DEL CANCER SOBRE SU CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION FISICA, PSICOLOGICA Y SOCIAL DEL PACIENTE**

El cáncer es una enfermedad grave y compleja, con una evolución y pronóstico incierto, que provoca un gran impacto físico y psicológico, no solo en la persona que lo padece, sino también en su entorno familiar y social. La enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de sufrimiento, lo que conlleva un

- **Dimensión Física:** Es común encontrar que el paciente en esta dimensión presenta efectos secundarios al tratamiento como náuseas y vómitos, cansancio y anemia, infección, problemas de coagulación, problemas en la boca, garganta y encías, diarrea, estreñimiento, problemas para conciliar el sueño así como necesidad de ayuda para su autocuidado que va a depender del estadio de la enfermedad, grado de la sintomatología, capacidad funcional, grado de fatiga y perfil de los efectos secundarios en cada paciente.
- **Dimensión psicológica.** El cáncer tendrá efectos psicológicos diferentes según la edad del paciente. En un adulto puede suponer una interrupción temporal de sus actividades profesionales, domésticas, sociales y familiares, generando sentimientos de impotencia y depresión. Esto va a depender del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida

plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido y de un sinfín de factores más. Dentro de las reacciones psicológicas más comunes se dan reacciones iniciales ante la confirmación del diagnóstico, impacto psicológico del tratamiento como ansiedad, depresión, hostilidad, culpabilidad, impotencia, cambios en la imagen corporal, dificultades en las relaciones sexuales y la etapa de supervivencia.

- **Dimensión social.** El cáncer afecta profundamente las funciones y las relaciones sociales. Durante el tratamiento del cáncer pueden surgir diversas dificultades sociales, quizás la mayor y más frecuente sea el aislamiento que sufre el paciente de su entorno y que genera una profunda sensación de soledad. Por otro lado la vida laboral del paciente también se ve afectada ya que la mayoría de los pacientes se ven en la necesidad de interrumpirla debido al tratamiento que reciben, la familia del paciente puede sufrir también las consecuencias de proporcionar cuidados pues la enfermedad 'gasta' sus energías en atender las nuevas necesidades creadas, por la enfermedad, así como por el tratamiento. Al mismo tiempo el tabú del cáncer persiste en la población y muchas personas no saben cómo actuar ante un amigo que ha sido diagnosticado de cáncer. Las dudas ante cómo actuar, qué es conveniente preguntar o qué no, hacen que, a veces, se opte por evitar el contacto con la familia afectada. <sup>(86)</sup>



## **H. PERCEPCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO SOBRE EL APOYO SOCIAL**

Las necesidades sociales del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, así como de las pruebas y tratamientos médicos que esté recibiendo y la fase de enfermedad que esté viviendo. No se limitan únicamente al momento del diagnóstico, sino que surgirán a lo largo de todo el proceso.

El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos con cáncer, y es el resultado de diferentes factores como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o la fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás; el azoramiento por los síntomas o las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, etc. Dentro de este, hay que considerar también las actividades de rol (desempeño de papeles sociales asociados con el trabajo y la familia).

Este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea y depende de muchos factores: su duración, su forma de aparición (repentina e inesperada, lenta y, evolucionada, manifiesta o insidiosa), su intensidad y gravedad (que puede suponer padecimiento de dolor, sentimientos de impotencia, cambios permanentes en funciones corporales, cambios permanentes en el aspecto, pérdida de papeles sociales clave, inseguridad e imprevisibilidad del futuro, hospitalización y separación de familia y amigos, posibilidad de una muerte inesperada, etc.), y, de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación. Efectivamente, el tipo de respuesta social que una persona desarrolla ante la enfermedad

está determinado, primero, por el nivel de "gravedad percibida" y está a su vez determinado, primero, por el conjunto de creencias sobre la enfermedad de la persona, que constituyen la concreción personal de la "representación social" que de la enfermedad existe dentro del grupo social; y segundo, por el conjunto de síntomas dolorosos y discapacitantes que la acompañen.

Mientras que estas situaciones son frecuentes y contribuyen a aislar al enfermo de su entorno, en otros casos es el mismo paciente quien se aísla, generalmente por temor a ser rechazado por los demás o por el malestar físico que pueden generar la enfermedad y sus tratamientos. Por ejemplo, un enfermo que experimenta cansancio con la administración de la quimioterapia no se sentirá con fuerzas ni con la motivación suficiente como para reunirse con sus amigos, de modo que gradualmente irá aumentando su sensación de soledad. Puede no saber que responder ante las preguntas de los demás, de modo que evitara su presencia ante ellos. Puede evitar igualmente tener que dar explicaciones acerca de su condición médica, limitando así sus interacciones sociales. Esto unido a que uno puede no sentirse comprendido por sus familiares cercanos, puede generar un sentimiento de profunda soledad. A pesar de que el paciente pueda necesitar de los demás durante la enfermedad, esto puede no ser fácil. Reanudar la actividad social después de haber finalizado los tratamientos también puede ser dificultoso para el enfermo que ahora se siente demasiado desconectado de aquellos que, por un motivo u otro, se han ido distanciando de él. En momentos en los que el afectado quizás espere que los demás se aproximen a él, puede tener que ser el quien de los primeros pasos.

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen escasos lazos sociales presentan con menor frecuencia conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, se adhieren menos al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más negativo. En concreto, numerosas investigaciones muestran que el apoyo social está relacionado con una mejor calidad de vida en pacientes de cáncer. <sup>(87)</sup>

## **I. ENFERMERIA ONCOLOGICA**

Cuidar a una persona con cáncer ha representado para las enfermeras una preocupación constante por integrar, además de los aspectos biofísicos, patológicos y clínicos característicos del proceso, aquella parte invisible, tan difícil de nombrar, que supone establecer un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y el profesional capaz de ofrecérsela. Sin embargo, es evidente que esta contribución se hace imprescindible en las circunstancias de sufrimiento emocional y social que acarrea el diagnóstico y proceso de un cáncer.

Esta interacción se sitúa en la manera de hacer y estar en la relación, lo que confiere características de instrumento terapéutico al cuidado en sí mismo. Diversos autores identifican valores en la relación enfermera/paciente que confieren a la misma mayor humanidad y sitúan al paciente en el centro y lo incorporan a un proceso dinámico de adaptación y crecimiento. Valores que permiten un ejercicio más simétrico de la relación:

La confianza mutua.

El respeto y la comprensión.

El afecto.

La veracidad.

La confidencialidad.

El reconocimiento por lo que hace y lo que es.

El acompañamiento.

La enfermera deberá cuidar comprendiendo las necesidades de los pacientes y sus familias, sus deseos, sus emociones y sentimientos, mediante intervenciones profesionales que logren una interrelación significativa para el individuo.

Para la enfermera, por su parte, dentro de un equipo multidisciplinario, el reto es ser cuidadora y facilitadora de dichos recursos para contribuir a esa mayor calidad de vida del paciente oncológico. La enfermera también relaciona los fundamentos de las teorías de afrontamiento, crisis, creencias y autocuidado para un mejor abordaje en el cambio de conductas y reducción de emociones negativas del paciente oncológico. Los estilos de vida involucran la manera como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga, y refleja valores y tradiciones. Para algunos son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que a la vez que se transmiten históricamente, son susceptibles de ser cambiados por medio de intervenciones ya sean positivas o negativas a través de la comunicación y la educación social. Respecto a la promoción de la salud el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) expresó que las enfermeras pueden preparar, en colaboración con otros profesionales, el camino para la salud, ya que ellas trabajan en contextos diferentes que brindan oportunidades ideales para que con la promoción de la salud se creen hogares, lugares de trabajo, escuelas y ambientes saludables. Este trabajo considera la necesidad de la promoción

de la salud como un eje expansivo que también atravesase el concepto de enfermedad, aun en ésta se debe hacer promoción. Éste es un punto que podría llamarse de encuentro inicial hacia la calidad de vida y su relación con la vida del paciente con cáncer, dado que éste compite con grandes limitaciones. La adaptación a una vida con cáncer o el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida puede considerarse como relativo a la reducción de las emociones negativas y a la creación de una situación vital con fuentes adecuadas de gratificación personal y satisfacciones diarias.<sup>(88)</sup>

De allí que el rol de la enfermera en consulta externa es prestar servicios de salud integral y especializada, a la población distrital y a nivel nacional que acude a la consulta en forma ambulatoria, buscando satisfacer las necesidades de salud para mejorar la calidad de vida de la población demandante, a través de la formación de recursos humanos y tecnológicos en salud, con criterios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad. Siendo pertinente acotar la importancia que reviste la participación de la enfermera tanto en la consulta externa y hospitalización, en el desarrollo de programas de educación para la salud dirigidos a la promoción y prevención de la salud así como también enfatizar el mantenimiento del bienestar en el proceso de enfermedad, en los usuarios de los centros asistenciales, ya que la enfermera se ha constituido en la profesional del equipo de salud que permanece la mayor parte del tiempo al lado del paciente, situación que le brinda la oportunidad de establecer comunicación de carácter educativo con los pacientes y sus familiares, ofreciéndole información sobre la importancia de adoptar un estilo de vida sano así como enfatizar en programas que ayuden al

paciente oncológico a la conservación del bienestar físico, mental y espiritual.

Las teorías de enfermería apoyan la práctica del cuidado en la disciplina de enfermería desde el referente de los procesos cognitivos, conductuales, preceptuales y significativos, cambiantes en el individuo en relación con su entorno; estos aspectos involucran la dimensión física, biológica, emocional y espiritual del individuo. Estas teorías, originadas desde la psicosociología y la enfermería, aportan al surgimiento de nuevos modelos y teorías que generen el bienestar, el desarrollo humano, en beneficio de la persona y, por lo tanto, mejoren indicadores de dicha calidad de vida. Los aspectos psicosociales hacen parte de los cuidados que brinda la enfermería en cáncer, y que surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias o las personas que integran el mundo del paciente y del diagnóstico confirmado. De acuerdo con lo mencionado, la calidad de vida incluye múltiples dimensiones: físicas, sociales, psicológicas y espirituales, que la enfermera tiene en cuenta en su plan de cuidados. Específicamente para el paciente con cáncer, las medidas de bienestar son actividades funcionales de manejo del dolor, la fatiga, el cansancio, el sueño, las náuseas, los vómitos y otros síntomas como respuestas individuales del paciente. Las medidas de bienestar social son actividades funcionales de afecto, apariencia y relación con sus familiares, amigos, preocupaciones del trabajo, aceptación y apoyo familiar, y estar atenta a otros síntomas como respuestas individuales del paciente. Las medidas de bienestar psicológico se relacionan con el apoyo en el control de la ansiedad, el estrés, la desadaptabilidad, la cognición y la angustia que generan la enfermedad como respuestas individuales del paciente. El

bienestar espiritual se relaciona con la fe, las creencias y los significados interiores de cada paciente; sólo escuchando al paciente y observando sus respuestas la enfermera comparte confianza y buena terapéutica hacia mejor calidad de vida del paciente oncológico.<sup>(89)</sup>

## **G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.**

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión en el estudio.

**Percepción del paciente oncológico:** Es la respuesta que expresa el paciente oncológico a partir de las experiencias sobre las repercusiones de la enfermedad en los diferentes ámbitos de su vida, en el aspecto físico, psicológico y social.

**Calidad de vida:** Es la valoración y satisfacción del paciente oncológico sobre el impacto de la enfermedad y su consecuente tratamiento en el aspecto físico, psicológico y social.

**Apoyo social:** Es el conjunto de transacciones emocionales, relaciones interpersonales y materiales no regladas entre los individuos que componen la red social del paciente y son las que ayudan a enfrentar la enfermedad.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **A. NIVEL, TIPO Y METODO**

El estudio es de nivel aplicativo porque parte de la realidad, para modificarlo, tipo cuantitativo en razón a que se asignó un valor numérico a los datos, método descriptivo de corte transversal, porque permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **B. AREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Santa Rosa ubicado en Av. Bolívar cuadra N° 8, en el distrito de Pueblo Libre, el cual presta servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes afectados por enfermedades crónico degenerativas, entre las cuales se encuentran enfermedades tumorales, neoplásicas entre otras.

Cuenta con un equipo de profesionales de la salud especializados, quienes proporcionan a los usuarios no solo dedicación, comprensión y esperanza, sino también integridad en el cuidado que ofrecen. El servicio de oncología de consulta externa está ubicado en el segundo nivel de consultorios externos, se dispone por áreas de cabeza y cuello, abdomen, ginecología, tumores mixtos y urología. Brinda atención en el horario de 8 a 1 p.m. y de 2 a 7:30 p.m. Del mismo modo brinda servicios de hospitalización y atención de emergencias durante las 24 horas del día.



### **C. POBLACION Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asisten a consulta externa del consultorio de oncología que son un promedio de 300 pacientes en forma mensual. La muestra estuvo constituida por 73 pacientes y se determinó mediante el muestreo probabilístico para proporciones finitas y aleatorias simple. (Anexo F).

#### **Los Criterios de inclusión fueron:**

- Pacientes adultos de ambos sexos, con diagnóstico de cáncer y que puedan leer y escribir como mínimo.
- Pacientes adultos que acepten participar en el estudio (consentimiento informado).

#### **Los Criterios de exclusión fueron:**

- Pacientes adultos sin limitaciones auditivas, visuales y de comunicación que les impida participar en el estudio.
- Pacientes adultos que no acepten participar en el estudio.

### **D. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y los instrumentos fueron dos formularios tipo escala Likert, uno de ellos fue validado por Patricia Arteaga Llacza en el 2009, el cual ha sido modificado y consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos

específicos, conformado por 32 proposiciones, 16 ítems positivos y 16 ítems negativos con alternativas múltiples, divididas en 3 dimensiones; física, psicológica y social. (Anexo C). El cuestionario MOS de Apoyo social fue diseñado por Sherbourne y col. en 1991, el cual fue modificado y validado por Cruz Chahua Jhydyd el 2010; este fue sometido a prueba de confiabilidad; consta de 20 ítems, el primero, encargado de investigar la red social que pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el paciente. Los ítems restantes tienen una evaluación mediante escala de Likert, (Anexo C). El instrumento de calidad de vida fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos y valorado en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo G). Luego de realizar las sugerencias y/o recomendaciones se procedió a realizar la prueba piloto a fin de someter el instrumento a validez estadística mediante la prueba ítems - test coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo H) y para la confiabilidad estadística se utilizó la prueba de alfa de Crombach (Anexo I).

## **E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de los datos se realizó en el consultorio de oncología del Hospital Santa Rosa donde se realizó el trámite administrativo en la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia, a fin de solicitar el permiso para la ejecución del estudio mediante un oficio dirigido al Director General de la Institución y la Unidad de Investigación. Luego se realizó la coordinación pertinente con la supervisora de consulta externa a fin de darle a conocer los fines del estudio y establecer el cronograma de recolección de datos, considerando aproximadamente de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

## **F. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.**

Luego de concluida la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excell 2007, previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo E) y tabla matriz (Anexo K). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico. Para la medición de la variable percepción de la calidad de vida se aplicó la escala de Stanones valorada en percepción favorable, medianamente favorable y desfavorable.

<b>CATEGORIZACION POR DIMENSIONES</b>	<b>MEDICIÓN DE LA VARIABLE</b>		
	<b>FAVORABLE</b>	<b>MEDIANAMENTE FAVORABLE</b>	<b>DESFAVORABLE</b>
Calidad de vida global	122 - 160	93 - 121	32 - 92
Dimensión Física	51 - 70	36 - 50	14 - 35
Dimensión Psicológica	44 - 50	32 - 43	10 - 31
Dimensión Social	32 - 40	23 - 31	8 - 22

La medición de la variable percepción sobre el nivel de apoyo social es:

<b>CATEGORIZACION POR FUNCIONES</b>	<b>MEDICIÓN DE LA VARIABLE</b>		
	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>
Apoyo social general	81 - 95	52 - 80	19 - 51
Apoyo instrumental	18 - 20	10 - 17	04 - 09
Apoyo emocional	35 - 40	21 - 34	08 - 20
Interacción social positiva	18 - 20	10 - 17	04 - 09
Apoyo afectivo	15	10 - 14	03 - 09

## **G. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para llevar a cabo la ejecución del estudio tuvo en consideración contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los pacientes sujetos de estudio, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial de uso solo para fines del estudio. (Anexo D).

## **CAPITULO III**

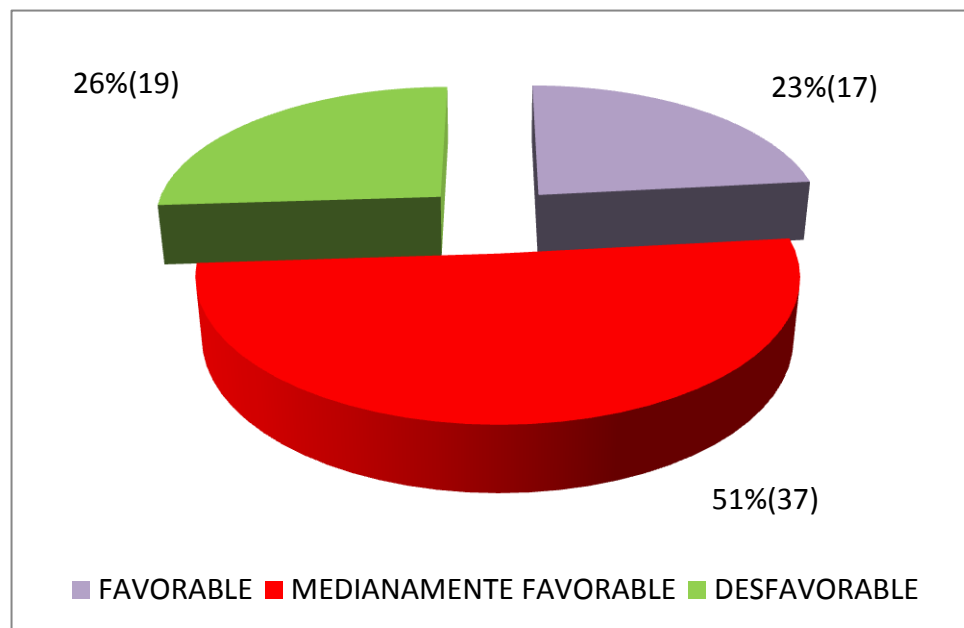
### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

#### **A. RESULTADOS**

En cuanto a los datos generales del 100%(73) de pacientes, 3%(2) tienen entre 27 – 33 años, 14%(10) entre 34 – 40 años, 29%(21) entre 41 – 47 años, 14%(10) entre 48 – 54 años, 19%(14) entre 55 -61 años, 12%(9) entre 62 – 68 años y 10%(7) entre 69 – 75 años, 95%(69) son del sexo femenino y 5%( 4) del sexo masculino. En relación al estado civil 18% (13) son solteras (os), 40%(29) casadas (os), 18%(13) separadas (os), 7% (5) viudas y 17%(13) convivientes. Respecto al grado de instrucción; 26%(19) tienen estudios primarios, 38%(28) secundarios, 33%(24) superior y 3%(2) no tienen estudios, 14%(10) son empleadas, y 86%(63) desempleadas. Acerca de su situación económica 81%(59) es regular y 19%(14) es mala; 49%(36) de los pacientes reciben apoyo moral del esposo, 22%(15) de los hijos, 23%(17) de los familiares, 4%(3) de los amigos y 2%(2) de otros. El 60%(43) refiere tener de 1 – 4 amigos íntimos, 22%(16) entre 9 a más amigos, 17%(12) entre 5- 9 amigos y 1%(1) no tiene amigos. En cuanto al tiempo de tratamiento 76%(55) lleva entre 1 – 12 meses, 8%(6) entre 13 – 25 meses, 6%(4) entre 39 – 51 meses, 7%(5) entre 39 – 51 meses y 3%(3) entre 52 – 90 meses. Siendo las patologías más frecuentes, 63% (46) cáncer de mama, 7% (5).....

**GRAFICO N° 1**  
**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU**  
**CALIDAD DE VIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA**  
**LIMA - PERU**  
**2012**



*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

cáncer de ovario, 5% (4) cáncer de estómago, 4% (3) cáncer de útero, linfoma no hodgkin y otros en menor porcentaje. (Anexo L).

Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de los pacientes son adultos maduros, ya que tienen entre 41 a 61 años, son de sexo femenino, casadas y separadas, tienen secundaria y educación superior, desempleadas, de situación económica regular, reciben apoyo del esposo e hijos, tienen amigos, llevan 1 año de tratamiento y padecen de cáncer de mama.

Respecto a la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida, del 100%(73), 23%(17) tienen una percepción favorable, 51%(37) medianamente favorable y 26%(19) desfavorable. Los ítems referidos a medianamente favorable y desfavorable están dados porque frecuentemente las actividades cotidianas que realizan les demandan algún esfuerzo, su capacidad de trabajo está disminuyendo, necesitan estar en reposo porque se cansan con mucha facilidad, se sienten débiles desde el inicio de la enfermedad, constantemente tienen dolor por lo que limitan sus actividades, les preocupa mucho la impresión que causan sobre los demás, se sienten desanimados y tristes actualmente y no se sienten cercanos a su pareja. Los ítems favorables están dados porque toman los medicamentos sin que estos interfieran en sus actividades diarias, son muy importantes para sus familiares y amistades, se sienten bien y satisfechos con ellos mismos, sienten que tienen las mismas capacidades que las demás, afrontan con actitud positiva su enfermedad, no son una carga para su familia y reciben apoyo emocional de parte de sus familiares. (Anexo O).

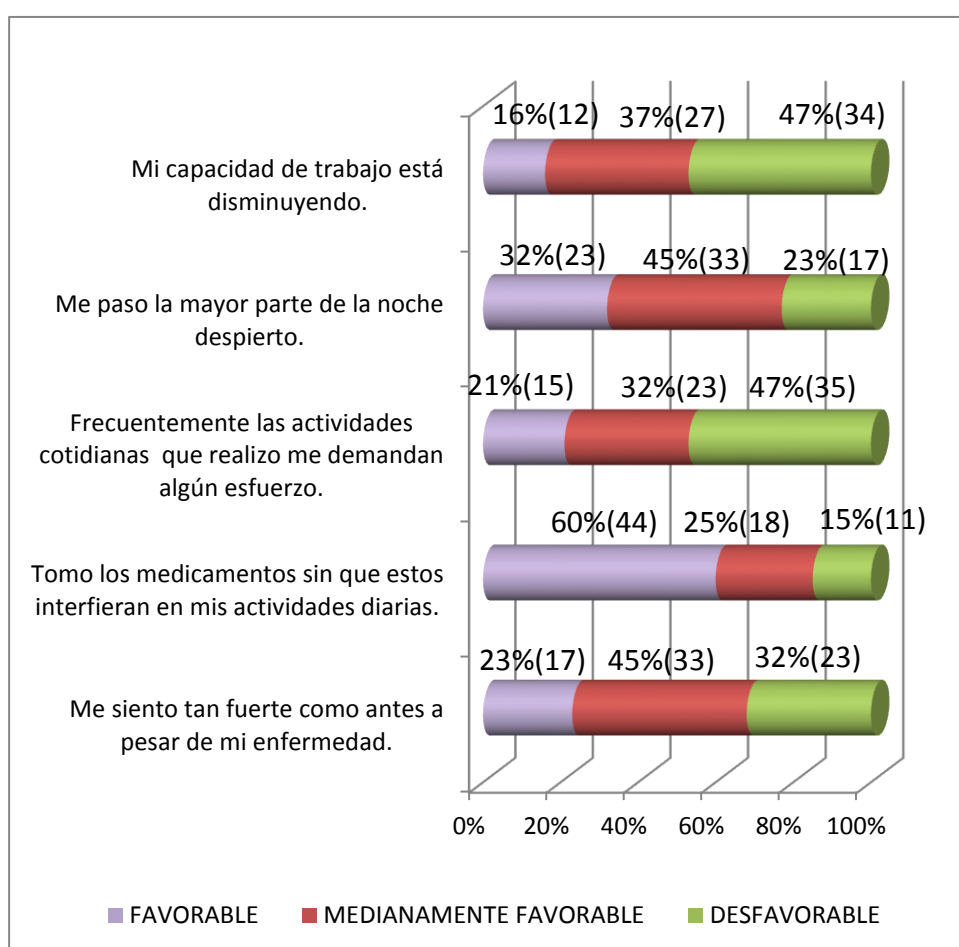
Acerca de la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en la dimensión física; del 100%(73), 57%(42) tienen una percepción medianamente favorable, 22%(16) desfavorable y 21%(15) favorable. (Anexo M). La percepción medianamente favorable y desfavorable está referida a la disminución de su capacidad de trabajo, frecuentemente las actividades cotidianas que realizan les demandan algún esfuerzo, se pasan la mayor parte de la noche despiertos y no se sienten tan fuertes como antes a pesar de su enfermedad, sin embargo la percepción .....

**GRAFICO N° 2**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA SEGÚN ITEMS EN LA DIMENSIÓN  
FISICA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA**

**LIMA - PERU**

**2012**



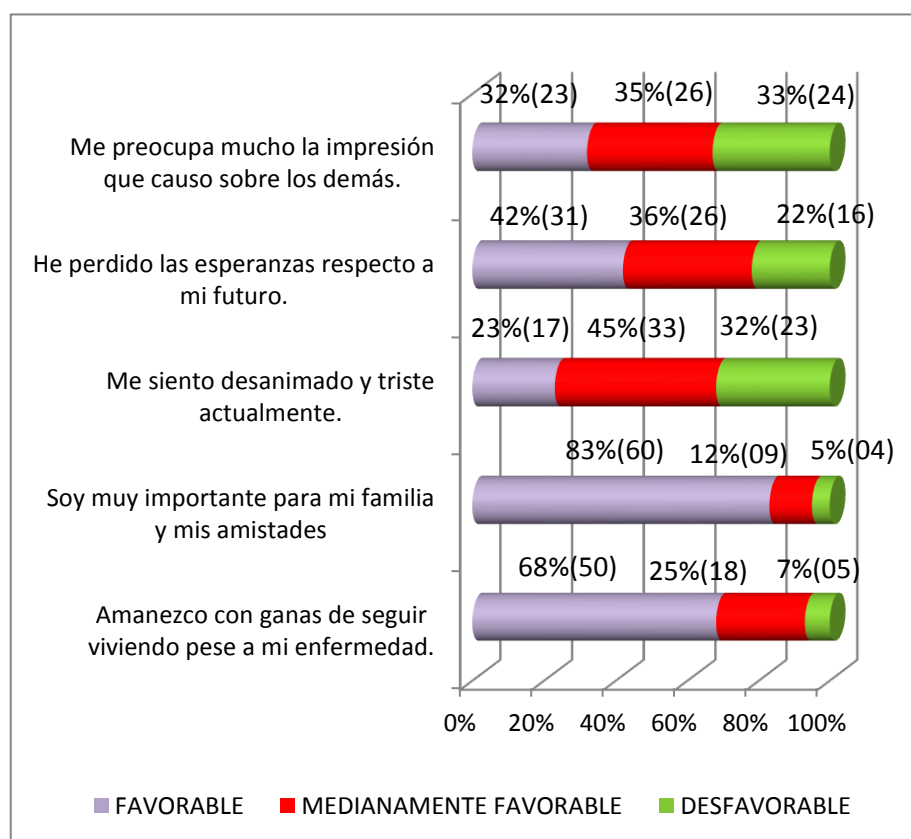
*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012*

favorable está relacionado con que toman los medicamentos sin que estos interfieran en sus actividades diarias y que no les ha disminuido el apetito.



**GRAFICO N° 3**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA SEGÚN ITEMS EN LA DIMENSIÓN  
PSICOLOGICA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

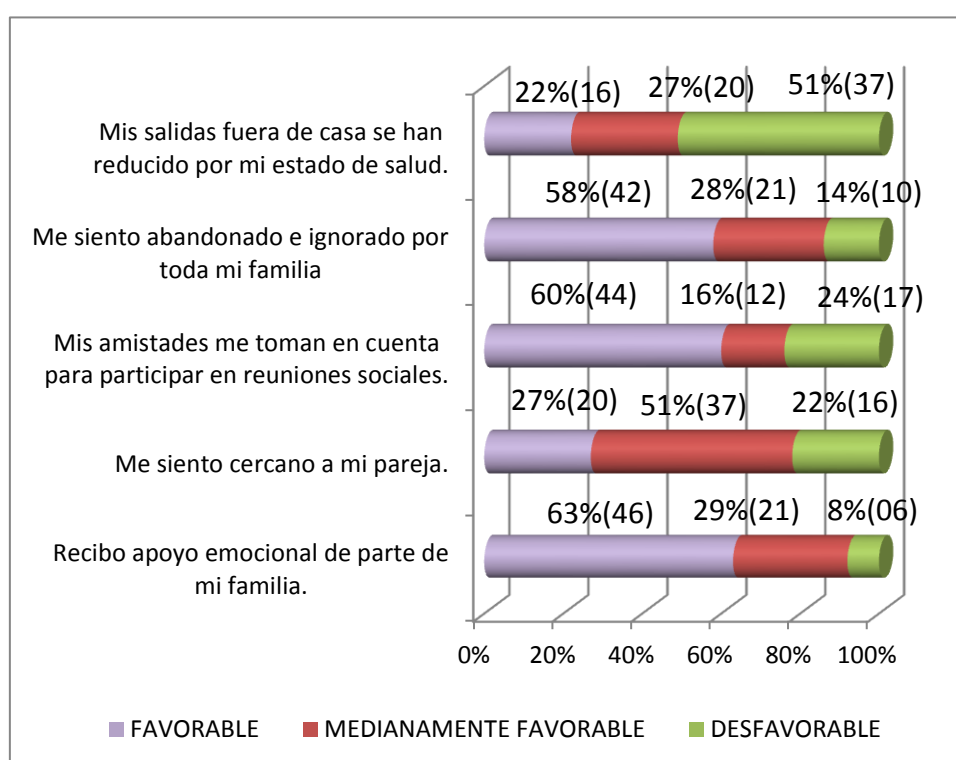


**Fuente:** Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.

Sobre la percepción del paciente oncológico acerca de su calidad de vida en la dimensión psicológica, del 100%(73), 55%(40) tienen una percepción medianamente favorable, 25%(18) desfavorable y 20%(15) favorable. (Anexo P). Los ítems referidos

**GRAFICO N° 4**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA SEGÚN ITEMS EN LA DIMENSIÓN  
SOCIAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**



*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

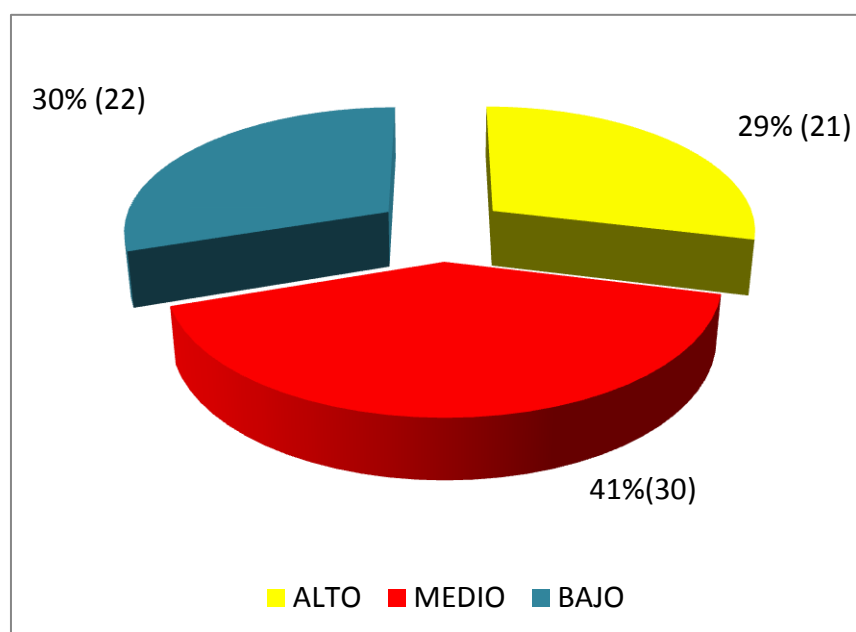
a medianamente favorable y desfavorable están dados porque les preocupa mucho la impresión que causan sobre los demás por los cambios de imagen corporal, se sienten desanimados y tristes actualmente y les preocupa mucho la impresión que causan sobre los demás y lo favorable está referido a que son muy importantes para sus familiares y amistades, amanecen con ganas de seguir

viviendo pese a su enfermedad y no ha perdido las esperanzas respecto a su futuro. (Gráfico N° 3).

En relación a la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según la dimensión social del 100%(73), 45%(33) tienen una percepción medianamente favorable, 29%(21) desfavorable y 26%(19) favorable (Anexo Q). Los aspectos relacionados a medianamente favorable y desfavorable están dados porque se sienten cercanos a su pareja debido a que el estado de salud impide su actividad sexual, sus salidas fuera de casa se han reducido por su estado de salud, el tratamiento que reciben ha interferido en su vida familiar y dejan de hacer ciertas actividades en el trabajo por causa de su enfermedad y lo favorable está dado porque reciben apoyo emocional de parte de su familia, sus amistades les toman en cuenta para participar en reuniones sociales y no se sienten abandonados e ignorados por su familia. (Gráfico N° 4).

Respecto a la percepción del paciente oncológico sobre el nivel de apoyo social que recibe del entorno, del 100%(73), 41%(30) presentan un nivel medio, 30%(22) bajo y 29%(21) alto. Los ítems relacionados a percepción del apoyo social medio y bajo están dados por que no tienen a alguien quien le ayude en sus tareas cuando tienen mucho malestar, no disponen de alguien con quien compartir sus temores o problemas y no tienen a alguien con quien puedan relajarse y el nivel alto de apoyo social está dado por que tienen a alguien que le lleve al médico cuando lo necesita, tienen a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones y hay alguien que le demuestre amor y afecto. (Gráfico N° 5, Anexo R).

**GRAFICO N° 5**  
**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE EL**  
**NIVEL DE APOYO SOCIAL QUE RECIBE DEL**  
**ENTORNO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA**  
**LIMA – PERU**  
**2012**

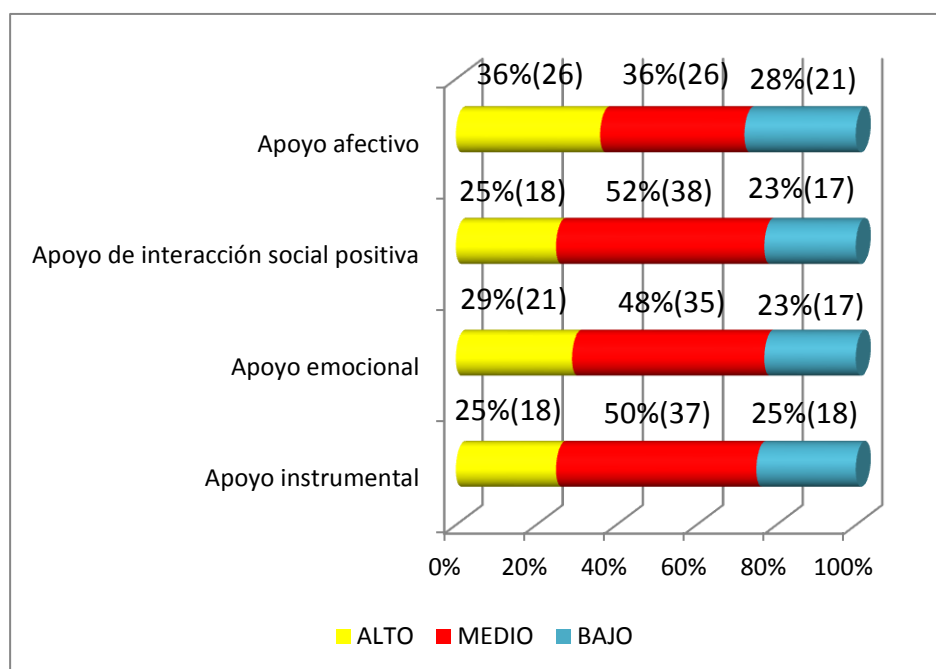


*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

Acerca de la percepción del paciente oncológico sobre el nivel de apoyo social según funciones del 100%(73), 64%(47) presentan un nivel medio a bajo de apoyo afectivo, 75%(55) tienen un nivel medio a bajo de interacción social positiva, 71%(52) medio a bajo de apoyo emocional y 75%(55) tienen un nivel medio de apoyo instrumental. (Grafico N° 6)

**GRAFICO Nº 6**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU NIVEL  
DE APOYO SOCIAL SEGÚN FUNCIONES QUE RECIBE  
EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE ONCOLOGÍA  
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA – PERU  
2012**



*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

## **B. DISCUSION**

En este estudio se destaca el mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino, así mismo más del 50% son adultas maduras, 40% son casadas, con predominio de instrucción superior y secundaria, el 86% está desempleada, 81% su situación económica es regular, el 63% predomina el diagnóstico de cáncer

de mama y con un tiempo de tratamiento de 1 a 12 meses. (Anexo L).

El cáncer puede aquejar a personas de cualquier edad, raza, género o nivel socioeconómico, sin embargo la frecuencia, las tasas de mortalidad y los índices de sobrevivencia varían de grupo en grupo. Investigaciones realizadas en EE.UU. muestran que las minorías étnicas y las poblaciones con baja cobertura de salud son las más afectadas. Siendo el cáncer de mama no sólo el más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, sino que también es, entre ellas, la causa más común de muerte por cáncer.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en los denominados países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, se reportan alrededor de 690 mil nuevos casos por año.

El cáncer es una enfermedad grave y compleja, que afecta a todas las esferas de la vida de una persona, determina una ruptura de la organización, el ritmo y el estilo de vida, lo que conlleva a un impacto no solo físico, sino emocional y social. En esta situación los pacientes oncológicos se ven sometidos a diferentes tratamientos y dependerá de su percepción lo que les permita generar respuestas, opiniones, puntos de vista o impresiones acerca de su calidad de vida y apoyo social que en ese momento puedan verse afectadas.

En ese sentido la calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. Señalando la necesidad de tomar en

cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre. La evaluación de la calidad de vida en los enfermos crónicos, tomando en consideración su propia evaluación (juicio personal acerca de la repercusión de la enfermedad y sus limitaciones, estados emocionales que acompañan esta evaluación) permite establecer el proceso de apoyo que requiere cada paciente en particular. La mayoría de los autores coinciden en destacar que la valoración del estado de salud de un paciente con enfermedad crónica ha de ser multidimensional, y aceptan generalmente incluir en dicha evaluación al menos cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y social.

Al respecto Patricia Arteaga Llacza (2009), concluye que la calidad de vida de la mayoría de los pacientes oncológicos presentan una calidad de vida poco saludable con tendencia a no saludable relacionado a que experimentan dolor, cansancio, irritabilidad, dificultad para recordar las cosas, el tratamiento interfiere en sus relaciones sociales y existe un menor porcentaje que presenta una calidad de vida saludable referido a que conservan el apetito, se sienten satisfechos de la forma que enfrentan la enfermedad y trabajan con normalidad. Esta información es congruente con la investigación realizada ya que existe un porcentaje considerable (51%) que perciben una calidad de vida medianamente favorable a desfavorable (26%), referido a que esta enfermedad afecta la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, en

especial el estado de ánimo, lo que como consecuencia provoca una disminución en la capacidad de ejecución de actividades laborales, sociales y recreativas que son interrumpidas por las secuelas de la enfermedad o del tratamiento. Sin embargo existe un menor porcentaje que presentan calidad de vida favorable referido a que toman los medicamentos sin que estos interfieran en sus actividades diarias, no les ha disminuido el apetito, amanecen con ganas de seguir viviendo y reciben apoyo emocional de parte de su familia.

De allí que los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de las pacientes, aportando información respecto a las condiciones que afectan su salud global y que pueden ser modificables o que simplemente generen una alerta en el personal de salud, para focalizar acciones en los grupos más vulnerables dirigidas a recuperar su calidad de vida, pues una de sus características es su variabilidad a través del tiempo.

La calidad de vida en la dimensión física se entiende como la percepción del individuo sobre su estado físico o la salud en general lo que involucra evaluar en este aspecto la capacidad del individuo para realizar actividades, capacidad para el autocuidado, capacidad de movilizarse, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, todos estos aspectos constituyen un elemento esencial para tener una vida con calidad. Al respecto Haydee Calizaya Montañez (2009), concluyo que; “la mayoría de los pacientes tienen una calidad de vida



regular en la dimensión física, pero también los resultados muestran que hay un porcentaje significativo (30%), que tienen una calidad de vida buena, y la quinta parte deficiente”. Así mismo Patricia Arteaga Llacza concluyo que; “la mayoría de los pacientes oncológicos perciben su calidad de vida en la dimensión física poco saludable con tendencia a no saludable” , lo que coincide con los datos de este estudio según la dimensión física, pues un porcentaje considerable (57%) tienen una percepción medianamente favorable con tendencia a desfavorable (22%), que está dado por que expresan que se sienten tan fuertes como antes a pesar de la enfermedad, se pasa la mayor parte de la noche despierto, su capacidad de trabajo está disminuyendo y frecuentemente las actividades cotidianas que realizan le demandan algún esfuerzo; y existe un mínimo porcentaje (21%) de pacientes que presentan una percepción favorable, referido a la limitación de la satisfacción de necesidades y la falta de bienestar del paciente frente a las repercusiones de la enfermedad y el tratamiento; por lo cual se ve afectada el estado de salud actual.

La calidad de vida en la dimensión psicológica es la percepción del individuo sobre su estado cognitivo afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Referente a esto Patricia Arteaga Llacza; concluyo que: “la mayoría de los pacientes oncológicos presentan una calidad de vida en la dimensión psicológica poco saludable con tendencia a no saludable”. De la misma manera, Gisela Aurora Vásquez Yovera (2008); concluyo que: “Los

resultados obtenidos muestran que la mayoría de los adolescentes oncológicos perciben una percepción medianamente favorable relacionado a que el adolescente presenta un mínimo bienestar debido a las repercusiones del cáncer, en el aspecto psicológico, porque está en proceso de recuperación de su calidad de vida”, lo cual es similar a este estudio, pues respecto a la percepción del paciente oncológico según la dimensión psicológica, presentan una percepción medianamente favorable con tendencia a desfavorable sobresaliendo los ítems me siento desanimado y triste actualmente, he perdido las esperanzas respecto a mi futuro y lo favorable está dado por los ítems amanezco con ganas de seguir viviendo y me siento bien y satisfecho conmigo mismo.

Los hallazgos permiten retomar las consideraciones descritas por García Viniegra y Gonzáles (2000), como un constructo subjetivo, vivencial y cambiante que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo en el momento presente; así como lo expresado por Ballesteros (2003), cuando plantean que los seres humanos se enfrentan a problemas en diferentes momentos en la vida y por esto el bienestar psicológico puede cambiar con el paso del tiempo debido no sólo a la intensidad de tales problemas sino a la duración de los mismos. Como es el caso del cáncer, ya que posee una significación particular, para el sujeto que lo padece y para su red social. La sola mención de su nombre alude a la muerte cercana, y al dolor. Trae a la mano la conciencia del fin, sin importar en principio el tipo de cáncer, su localización, o su pronóstico. Por tanto ya el designio objetivo, la enfermedad diagnosticada, va a gatillar en el enfermo su red social, una experiencia profundamente impactante

desde el punto de vista emocional y psicológico pues el paciente puede sentir miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad; pues implica postergar lo planeado y por el otro lado adaptarse a la enfermedad y al tratamiento lo cual es particularmente difícil.

La calidad de vida en la dimensión social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social. Al respecto Patricia Arteaga Llacza en su estudio; concluye que: “la mayoría de los pacientes oncológicos presentan una calidad poco saludable, seguido de un porcentaje significativo de saludable y no saludable.” De la misma manera, Gisela Aurora Vásquez Yovera; concluyo que; “el adolescente, presenta un mínimo bienestar debido a las repercusiones del cáncer, en el aspecto social, porque está en proceso de recuperación de su calidad de vida”; lo cual se asemeja a los hallazgos acerca de la percepción de la calidad de vida del paciente oncológico según la dimensión social, ya que un porcentaje considerable (45%) presenta una percepción medianamente favorable a desfavorable (29%) referido a que se sienten cerca a su pareja y las salidas fuera de casa se han reducido por el estado de salud y lo favorable se refiere a que reciben apoyo emocional por parte de su familia y mis amistades me toman en cuenta para participar en reuniones sociales. En la dimensión social, el padecer una enfermedad implica, en sí misma, un sufrimiento físico, un deterioro orgánico pero además, el mayor dolor que soportara el paciente no solo será físico sino también social pues conlleva a un gran impacto emocional y generalmente supone una ruptura con la forma habitual de la vida. La persona afectada y su familia se ven obligados a cambiar sus roles, hábitos y costumbres, a renunciar

a proyectos y a enfrentarse a numerosas situaciones amenazadoras y desconocidas, lo cual repercute negativamente en el proceso de socialización, predisponiendo a un aislamiento y afectando la calidad de vida del paciente.

Referente a la percepción del paciente oncológico según su nivel de apoyo social, presentan un nivel de apoyo social medio con porcentaje significativo de nivel alto enfatizado por el ítem; referido a que tienen a alguien cerca, cuyo consejo realmente lo desee y existe alguien a quien demostrarle amor y afecto, seguido de un apoyo social bajo dado por que existe alguien con quien hacer actividades que le ayuden a olvidar sus problemas. Al respecto existen otras investigaciones sobre el apoyo social, tales como Jhudyd Susana Cruz Chahua (2008); quien concluye que: “la mayoría de las adultas mayores estudiadas, tienen un elevado nivel de apoyo social y solo una minoría tiene un mediano nivel de apoyo social; lo cual tiene un impacto positivo sobre su calidad de vida emocional”.

Al respecto Cáncer Quest of Cáncer Institute, refiere que la falta de apoyo social ha sido asociada con niveles más altos de la ansiedad y a una calidad de vida más baja en pacientes del cáncer. La incidencia más baja de la depresión se asocia a la capacidad de los miembros de la familia en expresar sentimientos y pensamientos al paciente. La ansiedad es también menos común cuando los pacientes pueden comunicar libremente la información a sus familiares. Lo más importante es que los pacientes del cáncer a quienes les falta una red de apoyo social tienen más deseo de morir y están a riesgo de suicidarse.

En este sentido el apoyo social que deben recibir los pacientes con cáncer resulta muy útil pues proporciona un espacio para expresar sentimientos y emociones, lo que facilita la adaptación a la enfermedad, el establecer una red de soporte social y adquirir mejores habilidades de afrontamiento. Los resultados obtenidos reportan beneficios emocionales y médicos que se traducen en mayor efectividad de los tratamientos y reducción de los costos de los servicios médicos.

Cabe aclarar que los pacientes oncológicos manifestaron que reciben apoyo moral en un porcentaje realmente significativo del cónyuge, seguido de los hijos y familiares; y en un reducido porcentaje reciben apoyo social de los amigos, denotándose que no se observa al personal de salud como fuente de apoyo. Se resalta de esta forma la importancia que tiene la familia nuclear como la principal fuente de apoyo informal.

Referido a las funciones de apoyo social más frecuentes en los pacientes se encontró que el apoyo de interacción social positiva es el de nivel medio, seguido del apoyo instrumental, luego el apoyo emocional y finalmente el apoyo afectivo. (Anexo Ñ). Además se observa que hay nivel bajo y alto en los tipos de apoyo social, siendo los más resaltantes el apoyo emocional y el apoyo de interacción social positiva, lo que corrobora que si bien el paciente oncológico recibe apoyo social este no está siendo equilibrado según los tipos de apoyo social. El nivel de apoyo social percibido por los pacientes refleja que el apoyo de interacción social positiva es el más desarrollado, el cual está dado por las acciones con otras personas de su entorno con el objetivo de recrearse en su tiempo libre, fomentando los sentimientos de camaradería, de amistad, entre otros

sentimientos positivos. El apoyo instrumental que es la ayuda práctica y concreta que recibe el paciente, seguido del apoyo emocional que consiste en disponer de una persona o personas en las que confían o pueden desahogarse cuando se tienen problemas o preocupaciones y finalmente el apoyo afectivo que es el que favorece enormemente la autoestima del paciente y le brinda tranquilidad emocional. Así lo demuestra Jhudyd Susana Cruz Chahua, quien concluyo que “la función emotiva del apoyo social es la más desarrollada entre los adultos mayores, seguida de la función afectiva, luego la instrumental y finalmente la interacción social.”, lo que significa que una buena red de apoyo social parece estar relacionado con una mejor calidad de vida para los pacientes del cáncer que están tomando el tratamiento. El paciente se siente más apoderado cuando tiene información sobre su cáncer y puede darles un sentido del control.

Podemos considerar por ello que el apoyo social constituye un importante recurso de afrontamiento, y que su disponibilidad, recepción y percepción, se asocian con una mejor adaptación a la enfermedad, e incluso, en muchos casos, a un mejor estado físico y funcional, es decir con una mejor calidad de vida; y, por otro lado, permiten afirmar también que la "búsqueda del apoyo social", tanto en sus aspectos instrumentales como emocionales, constituye una respuesta de afrontamiento muy frecuente en los pacientes, cuya eficacia adaptativa depende, precisamente, de la existencia, conocida y disponible, de tales redes de apoyo social. Crearlas y/o mejorarlas es contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Casi todos los estudios han demostrado una ventaja psicológica para los pacientes que asisten a juntas de ayuda. La mayoría de los pacientes que son parte de los grupos de ayuda se sienten más emocionalmente satisfechos, consiguen ayuda para controlar efectos secundarios y tienen menos dolor y ansiedad. Siendo parte de un grupo de ayuda puede también alargar la vida de los pacientes con cáncer, pero se necesita investigar más para verificar esto.

De este estudio se desprende la necesidad de brindar a los pacientes que son diagnosticados de cáncer, herramientas que les permitan afrontar de la mejor forma las implicaciones que dicho diagnóstico tiene tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales, permitiendo que el paciente continúe con su proyecto vital en mejores condiciones, fortaleciendo sus redes sociales y entorno familiar en lugar de aislarse para enfrentar las dificultades del diagnóstico. Igualmente, las familias requieren ser capacitadas y sensibilizadas ante la situación del paciente para acompañarlos de forma más efectiva.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

Las conclusiones derivadas del estudio son:

- La percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida es medianamente favorable a desfavorable referida a que el cáncer afecta la capacidad para realizar aquellas actividades importantes tales como la capacidad de realizar diferentes tareas, el estado de ánimo, lo que como trae como consecuencia una disminución en la capacidad de ejecución de actividades laborales, sociales y recreativas. Seguido de un menor porcentaje que presentan una calidad de vida favorable ya que toman los medicamentos sin que estos interfieran en sus actividades diarias, no ha disminuido el apetito, amanecen con ganas de seguir viviendo y reciben apoyo emocional de parte de su familia.
- Respecto a la percepción del paciente oncológico según la dimensión física, la mayoría tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable referido a que no pueden realizar sus actividades cotidianas porque les demanda mayor esfuerzo, les es difícil conciliar el sueño y se sienten débiles, seguido de un mínimo porcentaje de pacientes con una percepción favorable, referido a limitación de la satisfacción de necesidades y falta de bienestar del paciente frente a las repercusiones de la enfermedad y el tratamiento.



- Acerca de la percepción de los pacientes oncológicos según la dimensión psicológica, la mayoría expresan una percepción medianamente favorable a desfavorable referido a que se sienten desanimados y tristes, han perdido las esperanzas respecto a su futuro; seguido de un porcentaje significativo de calidad de vida favorable que está dado porque manifiestan que sus familias son importantes, así como sus amistades y amanecen con ganas de seguir viviendo pese a su enfermedad.
- En cuanto a la percepción de la calidad de vida del paciente oncológico según la dimensión social, la mayoría presenta una percepción medianamente favorable a desfavorable referido a que no se sienten cercano a su pareja, el tratamiento interfiere en su vida familiar, sus salidas se han reducido y deja de hacer ciertas actividades en el trabajo; y un porcentaje significativo tiene una percepción favorable ya que recibe apoyo emocional de parte de su familia, no se siente abandonado e ignorado por su familia y sus amistades le toman en cuenta para participar en reuniones sociales.
- La percepción del paciente oncológico según su nivel de apoyo social, el mayor porcentaje tiene un nivel medio a bajo referido a que existe alguien con quien realizar actividades que le ayuden a olvidar sus problemas y tienen quien le pueda aconsejar, y el alto está dado por que tienen a quien demostrarle amor y afecto sea familiares o amistades.
- El apoyo emocional según funciones el mayor porcentaje de los pacientes oncológicos tienen una percepción de medio a

bajo en lo que se refiere a la interacción social positiva, el apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo afectivo.

## **B. LIMITACIONES**

La limitación del presente estudio está dada por qué:

- Los resultados y las conclusiones sólo son generalizables y válidos para la población en estudio y otras con características similares.

## **C. RECOMENDACIONES**

- El equipo de salud que labora en Consultorios Externos y Hospitalización en Oncología debe reflexionar y valorar los resultados para formular propuestas y estrategias de atención orientadas a observar conductas saludables y transmitir habilidades que les permita a los pacientes afrontar situaciones de estrés, de crisis, de desadaptabilidad, a través de manejos adecuados de autocuidado, afrontamiento, adaptabilidad, a fin de que el paciente pueda reducir los síntomas asociados con la enfermedad y el tratamiento que recibe y pueda aproximarse a una vida más sana y con mejor calidad.
- Crear programas de evaluación y educación integral de forma constante, dirigida al paciente oncológico donde se incluyan variables psicosociales, con el objetivo de devolverle al paciente a un estado lo más similar posible al pre diagnóstico, desde un enfoque integral.

- Establecer programas y talleres de educación sobre cómo manejar el cáncer tanto a nivel físico, como psicológico y social, utilizando técnicas que promuevan la participación activa y consciente de los pacientes, familia y comunidad, a través de una adecuada promoción y prevención de la salud – enfermedad, a fin de que se favorezca la atención integral en sus tres dimensiones física, psicológica y social.
- Elaborar programas de entrenamiento a los profesionales de la salud, que les permita mantener y/o fortalecer la calidad de vida del paciente oncológico en la dimensión física, psicológica y en especial la social para mejorar su bienestar y su reinserción con la sociedad.
- El profesional de Enfermería así como los miembros del equipo de salud, deben tomar en consideración los aspectos psicosociales del paciente oncológico en cada una de sus intervenciones, prestando más atención a los pacientes y familiares, así como realizar programas y talleres de fortalecimiento de las redes de apoyo social y soporte emocional a los familiares ya que ellos constituyen el soporte emocional para apoyar al paciente en la batalla contra esta enfermedad.
- Se recomienda realizar estudios relacionados a la variable económica, ya que esta muchas veces condiciona el acceso a los establecimientos de salud y el tipo de tratamiento, que tiene que ver mucho con el impacto en la calidad de vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1)(2) REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA. Estadísticas de cáncer los Estados Unidos, 2004 (citado 28 Febrero 2008). Disponible en: <http://scielos.org/scielo.php>.

(3)(4)(26)(56)VÁSQUEZ YOVERA, GISELA; Percepción del Paciente Adolescente Oncológico sobre su calidad de vida en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2008. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.

(5)(6)(7)(8)(9) INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN). Perfil Epidemiológico Perú. Lima: INEN; 2004 (citado 17 Febrero 2008). Disponible en: <http://www.inen.sdl.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>.

(10)(11) EL TRATAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD. Chile: 2001 (citado 27 MAYO 2008). Disponible en: <http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/III.htm>

(12)(13)(14) SALAS ZAPATA CAROLINA, Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia – Colombia 2009.Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Revista de Salud Pública. Disponible en: [journal.pahoo.org/uploads/128435115.pdf](http://journal.pahoo.org/uploads/128435115.pdf).

(15)(18) ARTEAGA LLACZA PATRICIA. “Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de Investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas. (Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.

(16)(17)(19) NOVOA GOMEZ MONICA MARIA Y COL. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo. Colombia Disponible en: [redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80111670012.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80111670012.pdf).

(20)(61)(62) RAMIREZ VELEZ ROBINSON; Calidad de vida y apoyo social en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del servicio de medicina interna y urgencias de la clínica Rafael Uribe. Cali 2006. Artículo en internet (citado Diciembre 2007) Disponible en: [www.scielo.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a09.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a09.pdf)

(21) MUÑOZ SANCHO, ROSA, OTO ROYO ANA, BARRIO ALONS ROSA; Evolución de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis Hospital Universitario Miguel Server; 2006 (tesis de bachiller en psicología). España: Universidad de Barcelona. 2007. Disponible en: <http://afanion.org/index.php?option=com>.

(22) FRANCIA QUEZADA HIENER YANETH, Calidad de vida relacionado con la salud en emputados de miembros inferiores en rehabilitación en el Hospital Central Militar 2006; (tesis de doctorado en salud). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.

(23) RODRIGUEZ MARTINEZ, A, Y COL. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “libre de drogas” en prisión? Establecimiento penitenciario del Arbolote Granada Noviembre 2002. Artículo en internet (citado Febrero 2004). Disponible en: [www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf)

(24) CALIZAYA MONTAÑEZ HAYDEE SUSANA. “Calidad de vida del paciente con VIH/SIDA que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2008”. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008.

(27)(28) VILLAJUAN REYES ELISA JULLY. “Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del instituto nacional de enfermedades neoplásicas – 2006”. Lima, 2006. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009.

(29)(30) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa, Nota descriptiva N° 297, (citado en Febrero 2013). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

(31) INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. Perfil Epidemiológico, (citado en Febrero 2013). Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>.

(32)(33) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DEL MINISTERIO DE SALUD. Boletín Epidemiológico Vol. 21, N° 4, (citado el 28 Enero 2012). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/04.pdf>.

(34) MINISTERIO DE SALUD. El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo, (citado en 2010). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/actividades.asp>.

(35)(82)(83) CAMACHO GARCÍA FIORELLA. "Percepción del paciente oncológico sobre la calidad de la interrelación enfermera – paciente según la teoría de Hildegarde Peplau en el INEN. Lima, 2008.

(37)(38)(39)(42) AMERICAN CANCER SOCIETY. Signos y síntomas del cáncer, (citado en Setiembre 2012). Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/signos-y-sintomas-del-cancer>.

(40)(41) VIVA SALUDABLE. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer. Disponible en: <http://www.vivasaludable.org/know-your-risks/cancer-diagnosis-treatment.php>.

(43)(45) EUROPEAN JOURNAL OF CÁNCER. El adulto con cáncer. Rd.Barr. (Ed., Española) 2002; (citado 18 Junio 2008) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/cielo.php?script=sci>

(44) INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. EEUU. Planificación del cuidado de transición, (citado en Enero 2013) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/cuidado-de-transicion/HealthProfessional/page1/AllPages/Print>.

(45)(46)(52)(71) FERNÁNDEZ AM, BUJA LANCE MJ, LEIVA F, MARTOS F, GARCÍA AJ, SÁNCHEZ F. Salud auto percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medifam. 2001.

(47)(48)(51)(72) BADIA X, GARCÍA AF. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. Barcelona: Edimac 2000.

(49)(53) MOONS P, BUDAS W, DE GEEST S. Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. En: García V. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008

(50) CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Calidad de vida relacionada con la salud. (Citado en Octubre 2008). Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>.

(54)(55) CARDONA D, AGUDELO HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev. Fac. Nacional de Salud Publica 2005.

(57)(59) RUEDA S. Habitabilidad y calidad de vida. [Sitio en internet]. Disponible en <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Consulta: 14 de junio de 2008.

(58)(60) GRAU ABALO J, GARCÍA-VINIEGRA CR, HERNÁNDEZ E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2006.



(61)(63)(66) INFOCOP ONLINE REVISTA DE PSICOLOGÍA. España. 2000 (citado 1 de Mayo 2008). Disponible en: <http://infocop.es/viewarticle.asp?id=728>.

(62)(74) CRUZ CHACHUA, JHYDYD SUSANA. Relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el centro de salud Surquillo. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Lima. UNMSM. 2009.

(64)(65) REFLEXIONES – ENSAYOS. Rol de la Enfermería en el Apoyo Social del Adulto mayor. Fernández Alba R. (Artículo de internet) 2010. (Citado en Junio del 2010). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>

(66)(67)(73) LOPEZ CABAÑAS MIGUEL, CHACON FERNANDO. “Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participante”, España, Editorial Síntesis, 1999.

(68)(69)(70)(75) PEREZ BILBAO JESUS Y MARTIN DAZA FELIX. El apoyo social. (Citado en 2010) Disponible en: [www.insht.es/InshWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf).Madrid.2006

(76)(77)(78) GOMEZ GOMES MARGARITA. El apoyo social. Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. (Citado en octubre 2011). Disponible en [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/03\\_El\\_apoyo\\_social\\_Avanc\\_enferm\\_30-1\\_abril\\_24\\_12.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/03_El_apoyo_social_Avanc_enferm_30-1_abril_24_12.pdf).

(79)(80) TEROL CANTERO CARMEN. Apoyo social e instrumentos de evaluación. (Citado en 2004). Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61777/96257>

(84) REVISTA ROL DE ENFERMERIA. Como se siente el paciente oncológico. (Citado en 2011) .Disponible en <http://www.e-rol.es/actual/oncologico.php>.

(85) ISABEL ZORRILLA AYLLON. Impacto emocional y social del cáncer. (Citado en Noviembre 2006) Disponible en [http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente\\_cancer.pdf](http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf)

(86) INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. Ayuda para superar el cáncer. (Citado en Diciembre 2012). Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>.

(87) PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD DE VIDA. La vida sigue. (Citado en 2010) Disponible en [http://www.lavidasigue.com/eWebs/SF/File.pdf?doc=163265&ver=183200&fichero=163265\\_fi\\_1.pdf&entorno=lectura](http://www.lavidasigue.com/eWebs/SF/File.pdf?doc=163265&ver=183200&fichero=163265_fi_1.pdf&entorno=lectura)

(88)(89) ZAIDER G. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. (Citado en Diciembre 2005). Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci_arttext).

## **BIBLIOGRAFIA**

- AMERICAN CANCER SOCIETY. Signos y síntomas del cáncer, (citado en Setiembre 2012). Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/signos-y-sintomas-del-cancer>.
- ARTEAGA LLACZA PATRICIA. “Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de Investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas. (Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.
- BADIA X, GARCÍA AF. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. Barcelona: Edimac 2000.
- CALIZAYA MONTAÑEZ HAYDEE SUSANA. “Calidad de vida del paciente con VIH/SIDA que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2008”. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008.
- CAMACHO GARCÍA FIORELLA. “Percepción del paciente oncológico sobre la calidad de la interrelación enfermera – paciente según la teoría de Hildegarde Peplau en el INEN. Lima, 2008.

- CARDONA D, AGUDELO HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev. Fac. Nacional de Salud Publica 2005; 23 (1): 79-90.
- CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Calidad de vida relacionada con la salud. (Citado en Octubre 2008). Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>.
- CRUZ CHAHUA, JHYDYD SUSANA. Relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el centro de salud Surquillo. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Lima. UNMSM. 2009.
- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DEL MINISTERIO DE SALUD. Boletín Epidemiológico Vol. 21, N° 4, (citado el 28 Enero 2012). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/04.pdf>.
- EL TRATAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD. Chile: 2001 (citado 27 MAYO 2008). Disponible en: <http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/III.htm>
- EUROPEAN JOURNAL OF CÁNCER. El adulto con cáncer. Rd.Barr. (Ed., Española) 2002; (citado 18 Junio 2008) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/cielo.php?script=sci>
- FERNÁNDEZ AM, BUJA LANCE MJ, LEIVA F, MARTOS F, GARCÍA AJ, SÁNCHEZ F. Salud auto percibida, apoyo social y

familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medifam. 2001.

- FRANCIA QUEZADA HIENER YANETH, Calidad de vida relacionado con la salud en emputados de miembros inferiores en rehabilitación en el Hospital Central Militar 2006; (tesis de doctorado en salud). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.
- GOMEZ GOMES MARGARITA. El apoyo social. Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. (Citado en octubre 2011). Disponible en [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/03\\_El\\_apoyo\\_social\\_Avanc\\_enferm\\_30-1\\_abril\\_24\\_12.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/03_El_apoyo_social_Avanc_enferm_30-1_abril_24_12.pdf).
- GRAU ABALO J, GARCÍA-VINIEGRA CR, HERNÁNDEZ E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2006.
- INFOCOP ONLINE REVISTA DE PSICOLOGÍA. España. 2000 (citado 1 de Mayo 2008). Disponible en: <http://infocop.es/viewarticle.asp?id=728>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN). Perfil Epidemiológico Perú. Lima: INEN; 2004 (citado 17 Febrero 2008). Disponible en: <http://www.inen.sdl.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>.

- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. Perfil Epidemiológico, (citado en Febrero 2013). Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. EEUU. Ayuda para superar el cáncer. (Citado en Diciembre 2012). Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. EEUU. Planificación del cuidado de transición, (citado en Enero 2013) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/cuidado-de-transicion/HealthProfessional/page1/AllPages/Print>.
- ISABEL ZORRILLA AYLLON. Impacto emocional y social del cáncer. (Citado en Noviembre 2006) Disponible en [http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente\\_cancer.pdf](http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf)
- LOPEZ CABAÑAS MIGUEL, CHACON FERNANDO. “Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participante”, España, Editorial Síntesis, 1999.
- MINISTERIO DE SALUD. El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo, (citado en 2010). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/actividades.asp>.
- MOONS P, BUDAS W, DE GEEST S. Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of

different conceptual approaches. En: García V. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008

- MUÑOZ SANCHO, ROSA, OTO ROYO ANA, BARRIO ALONS ROSA; Evolución de la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis Hospital Universitario Miguel Server; 2006 (tesis de bachiller en psicología). España: Universidad de Barcelona. 2007. Disponible en: <http://afanion.org/index.php?option=com>.
- NOVOA GOMEZ MONICA MARIA Y COL. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo. Colombia Disponible en: [redaliyc.uaemex.mx/pdf/801/80111670012.pdf](http://redaliyc.uaemex.mx/pdf/801/80111670012.pdf).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa, Nota descriptiva N° 297, (citado en Febrero 2013). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- PEREZ BILBAO JESUS Y MARTIN DAZA FELIX. El apoyo social. (Citado en 2010) Disponible en: [www.insht.es/InshWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf).Madrid.2006
- PROGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD DE VIDA. La vida sigue. (Citado en 2010) Disponible en [http://www.lavidasigue.com/eWebs/SF/File.pdf?doc=163265&ver=183200&fichero=163265\\_fi\\_1.pdf&entorno=lectura](http://www.lavidasigue.com/eWebs/SF/File.pdf?doc=163265&ver=183200&fichero=163265_fi_1.pdf&entorno=lectura)
- RAMIREZ VELEZ ROBINSON; Calidad de vida y apoyo social en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del

servicio de medicina interna y urgencias de la clínica Rafael Uribe. Cali 2006. Artículo en internet (citado Diciembre 2007) Disponible en: [www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a09.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a09.pdf)

- REFLEXIONES – ENSAYOS. Rol de la Enfermería en el Apoyo Social del Adulto mayor. Fernández Alba R. (Artículo de internet) 2010. (Citado en Junio del 2010). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>
- REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA. Estadísticas de cáncer los Estados Unidos, 2004 (citado 28 Febrero 2008). Disponible en: <http://scielos.org/scielo.php>.
- REVISTA ROL DE ENFERMERIA. Como se siente el paciente oncológico. (Citado en 2011) .Disponible en <http://www.e-rol.es/actual/oncologico.php>.
- RODRIGUEZ MARTINEZ, A, Y COL. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “libre de drogas” en prisión? Establecimiento penitenciario del Arbolote Granada Noviembre 2002. Artículo en internet (citado Febrero 2004). Disponible en: [www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/04.pdf)
- RUEDA S. Habitabilidad y calidad de vida. [Sitio en internet]. Disponible en <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Consulta: 14 de junio de 2008.
- SALAS ZAPATA CAROLINA, Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia –



Colombia 2009.Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Revista de Salud Pública. Disponible en: [journal.paho.org/uploads/128435115.pdf](http://journal.paho.org/uploads/128435115.pdf).

- TEROL CANTERO CARMEN. Apoyo social e instrumentos de evaluación. (Citado en 2004). Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61777/96257>
- VÁSQUEZ YOYERA, GISELA; Percepción del Paciente Adolescente Oncológico sobre su calidad de vida en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2008. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.
- VILLAJUAN REYES ELISA JULY. “Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del instituto nacional de enfermedades neoplásicas – 2006”. Lima, 2006. (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009.
- VIVA SALUDABLE. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer. Disponible en: <http://www.vivasaludable.org/know-your-risks/cancer-diagnosis-treatment.php>.
- ZAIDER G. Teorías y Modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería.(Citado en Diciembre 2005) Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci_arttext).

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la Variable.....	I
B	Matriz de Operacionalización de la Variable.....	III
C	Instrumento.....	IV
D	Consentimiento Informado.....	X
E	Tabla de Códigos.....	IX
F	Determinación del Tamaño Muestral.....	XIV
G	Prueba Binomial – Juicio de Expertos.....	XV
H	Validez del Instrumento.....	XVI
I	Confiabilidad del Instrumento.....	XVII
J	Medición de la Variable Calidad de Vida/Apoyo Social.....	XVIII
K	Tabla Matriz de Datos.....	XXVII
L	Datos generales del paciente oncológico en el HSR.....	XXXIII
LL	Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida global en el HSR.....	XXXVI
M	Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensiones en el HSR....	XXXVIII
N	Percepción del paciente oncológico sobre el nivel de apoyo social en el HSR.....	XXXVIII
Ñ	Percepción del paciente oncológico según funciones del apoyo social en el HSR.....	XXXIX
O	Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión física por ítems en el HSR.....	XL
P	Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión psicológica por ítems en el HSR.....	XLI
Q	Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida según dimensión social por ítems en el HSR.....	XLII
R	Percepción del paciente oncológico sobre su nivel de apoyo social según funciones por ítems en el HSR.....	XLIII

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional de la Variable	Valor Final
Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida.	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación	<p>Física:</p> <p>Psicológica:</p> <p>Social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilización.</li> <li>• Actividades diarias.</li> <li>• Esfuerzo físico.</li> <li>• Dolor.</li> <li>• Alimentación.</li> <li>• Tratamiento.</li> <li>• Descanso y sueño.</li> <li>• Autoestima.</li> <li>• Adaptación.</li> <li>• Manejo de emociones.</li> <li>• Dificultad para tomar decisiones o resolver problemas.</li> <li>• Preocupación por el futuro.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> <li>• Sexualidad.</li> <li>• Desempeño laboral.</li> <li>• Actividades recreativas.</li> <li>• Interacción familiar.</li> </ul>	Es la respuesta expresada por el paciente oncológico sobre la percepción de su calidad de vida respecto al impacto de la enfermedad y el tratamiento en la dimensión física, psicológica y social, que será medido a través de una Escala de Likert modificada.	<p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable.</p>

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional de la Variable	Valor Final
Apoyo social	Forma parte del intercambio en las relaciones interpersonales, que se caracterizan por expresiones de afecto, respeto, ayuda simbólica o material, proporcionando tranquilidad a la persona en crisis.	<p>Apoyo social emocional</p> <p>Apoyo social instrumental</p> <p>Interacción social</p> <p>Apoyo afectivo</p>	<p>Existe una persona a quien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hable/escuche cuando lo necesita.</li> <li>• Pida consejo cuando existen problemas.</li> <li>• Entienda la situación en que vive.</li> <li>• Confié y pueda hablar de sus preocupaciones.</li> <li>• Informe y ayude a entender la situación.</li> <li>• Demuestre que usted le importa.</li> <li>• Comparta temores y problemas.</li> <li>• Ayude a acostarse en la cama.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañé al médico.</li> <li>• Prepare la comida.</li> <li>• Ayude en las tareas domésticas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pase un buen rato.</li> <li>• Relajarse.</li> <li>• Hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.</li> <li>• Salir a divertirse.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le diga que lo quiere.</li> <li>• Lo abraza.</li> <li>• Le demuestre interés.</li> <li>• Le sea importante y usted le ame.</li> </ul>	Son el conjunto de transacciones emocionales, relaciones interpersonales y materiales no regladas entre los individuos que componen la red social del paciente oncológico y son los que ayudan a enfrentar la enfermedad.	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>

## ANEXO B

### MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICIÓN	APROXIMACIONES DE TÉCNICA E INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>CALIDAD DE VIDA</b>  Favorable  				

## ANEXO C



U.N.M.S.M – UPG  
PSEE - 2012

### INSTRUMENTO

FECHA.....

N° DE FICHA:.....

#### PRESENTACIÓN:

Buen día, mi nombre es Carmen Díaz, Enfermera de la Segunda Especialidad de Salud Pública, Unidad de Post Grado de la U.N.M.S.M, estoy realizando un estudio sobre cómo usted percibe su calidad de vida y apoyo social. Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces expresándoles que es anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

**Instrucciones:** Lea complete y/o marque con un aspa (X) según sea su caso.

#### DATOS GENERALES:

1. Edad (años cumplidos).....

2. Sexo .....

3. Estado civil actual:

1	Soltera (o)	4	Viuda (o)
2	Casada (o)	5	Conviviente
3	Separada (o)	6	Otro

**4. Grado de escolaridad:**

<b>1</b>	Primaria	<b>3</b>	Superior
<b>2</b>	Secundaria	<b>4</b>	Ninguno

**5. Situación laboral:**

<b>1</b>	Empleada (o)
<b>2</b>	Desempleado (a)
<b>3</b>	Jubilada (o)

**6. Ud. diría que su situación económica es:**

<b>1</b>	Buena
<b>2</b>	Regular
<b>3</b>	Mala

**7. Ha recibido apoyo moral después del diagnóstico de cáncer por parte de:**

<b>1</b>	Esposo (a)	<b>4</b>	Amigos
<b>2</b>	Hijos	<b>5</b>	Otros
<b>3</b>	Familiares	<b>6</b>	Ninguno



**8. Cuántos amigos (as) íntimos o familiares cercanos tiene Ud.**

(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

<b>1</b>	0	<b>3</b>	5 a 9
<b>2</b>	1 a 4	<b>4</b>	9 a mas

**DATOS DILIGENCIADOS POR LA INSTITUCION:**

**9.** Fecha del diagnóstico de cáncer.....

**10.** Tiempo que lleva en tratamiento.....

**11.** Tipo de cáncer.....

**12.** ¿Qué tratamientos ha recibido para el cáncer?

<b>1</b>	Quimioterapia	<b>4</b>	Hormonoterapia
<b>2</b>	Cirugía	<b>5</b>	Otros
<b>3</b>	Radioterapia	<b>6</b>	Sin dato

**Instrucciones:** A continuación le presentamos diferentes proposiciones por lo que usted deberá marcar con una (x) una sola alternativa que Ud. considere correcta, que se ajuste a su caso.

<b>N°</b>	<b>ENUNCIADOS</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
1	Realizo mis actividades cotidianas sin presentar mayor problema.	5	4	3	2	1
2	Subo y bajo las escaleras sin dificultad.	5	4	3	2	1
3	Me siento tan fuerte como antes a pesar de mi enfermedad.	5	4	3	2	1
4	Me es fácil conciliar el sueño.	5	4	3	2	1
5	Me levanto recomfortado y descansado al despertar.	5	4	3	2	1
6	Tomo los medicamentos sin que estos interfieran en mis actividades diarias.	5	4	3	2	1
7	Puedo realizar paseos largos sin dificultad.	5	4	3	2	1
8	Frecuentemente las actividades cotidianas que realizo me demandan algún esfuerzo.	1	2	3	4	5
9	Me paso la mayor parte de la noche despierto.	1	2	3	4	5
10	Necesito estar en reposo porque me canso con mucha facilidad.	1	2	3	4	5
11	Me siento débil desde el inicio de la enfermedad.	1	2	3	4	5
12	Me ha disminuido el apetito.	1	2	3	4	5
13	Mi capacidad de trabajo está disminuyendo.	1	2	3	4	5
14	Constantemente tengo dolor por lo que limito mis actividades	1	2	3	4	5
15	Afronto con actitud positiva mi enfermedad	5	4	3	2	1
16	Amanezco con ganas de seguir viviendo pese a mi enfermedad.	5	4	3	2	1
17	Me siento bien y satisfecho conmigo mismo.	5	4	3	2	1

18	Soy muy importante para mi familia y mis amistades	5	4	3	2	1
19	Soy una persona con las mismas capacidades que las demás.	5	4	3	2	1
20	Me siento desanimado y triste actualmente.	1	2	3	4	5
21	He perdido las esperanzas respecto a mi futuro.	1	2	3	4	5
22	Me preocupa mucho la impresión que causo sobre los demás.	1	2	3	4	5
23	Soy una carga para mi familia.	1	2	3	4	5
24	Tengo dificultad para tomar decisiones o resolver problemas.	1	2	3	4	5
25	Acepto mi nuevo estilo de vida a causa de mi enfermedad.	5	4	3	2	1
26	Recibo apoyo emocional de parte de mi familia.	5	4	3	2	1
27	Me siento cercano a mi pareja.	5	4	3	2	1
28	Mis amistades me toman en cuenta para participar en reuniones sociales.	5	4	3	2	1
29	Me siento abandonado e ignorado por toda mi familia	1	2	3	4	5
30	Mis salidas fuera de casa se han reducido por mi estado de salud.	1	2	3	4	5
31	El tratamiento que recibo ha interferido en mi vida familiar.	1	2	3	4	5
32	Dejo de hacer ciertas actividades en el trabajo por causa de mi enfermedad.	1	2	3	4	5

### INSTRUMENTO MOS DE APOYO SOCIAL

N°	ENUNCIADOS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	Hay alguien que le ayuda cuando tiene que estar en la cama.	1	2	3	4	5
2	Hay alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
3	Tiene a alguien que le aconseje cuando tiene problemas.	1	2	3	4	5
4	Tiene a alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
5	Hay alguien que le demuestre amor y afecto	1	2	3	4	5
6	Existe alguna persona con quien pueda pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
7	Hay una persona que le informe y que le ayude a entender la situación.	1	2	3	4	5
8	Tiene a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
9	Tiene a alguien que lo abrace.	1	2	3	4	5
10	Tiene a alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
11	Alguien le prepara la comida si es que no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
12	Tiene a alguien cuyo consejo realmente lo desee.	1	2	3	4	5
13	Existe alguien con quien hacer actividades que le ayuden a olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
14	Hay alguien que le ayude en sus tareas cuando tiene mucho malestar.	1	2	3	4	5
15	Existe alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
16	Tiene a alguien quien le aconseje como resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
17	Tiene a alguien con quien pueda divertirse.	1	2	3	4	5
18	Existe alguien quien comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
19	Existe alguien a quien demostrarle amor y afecto.	1	2	3	4	5

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

## **ANEXO D**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Siendo paciente que acude a consultorio externo de oncología en el Hospital Santa Rosa, he sido debidamente informado por la Lic. Carmen Díaz Ledesma, Enfermera de la segunda especialidad de Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, acerca del trabajo de investigación que realiza cuyo objetivo es medir la calidad de vida y el apoyo social en pacientes oncológicos.

Para ello he recibido la información clara sobre el propósito y modo en que se aplicara el cuestionario, habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial y que dicha información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

FIRMA DEL PACIENTE INVESTIGADO

FECHA:

## ANEXO E

### TABLA DE CODIGOS DEL INSTRUMENTO

#### I. DATOS GENERALES

N	PREGUNTA	CATEGORIA	CODIGO
1	EDAD	27 -33	1
		34-40	2
		41-47	3
		48-54	4
		55-61	5
		62-68	6
		69 - 75	7
2	SEXO	F	1
		M	2
3	ESTADO CIVIL	SOLTERA	1
		CASADA	2
		SEPARADA	3
		VIUDA	4
		CONVIVIENTE	5
		OTRO	6
4	GRADO	PRIMARIA	1
		SECUNDARIA	2
		SUPERIOR	3
		NINGUNA	4
5	SIT LABORAL	EMPLEADA	1
		DESEMPLEADA	2
6	SIT ECONOMICA	JUBILADA	3
		BUENA	1
		REGULAR	2
		MALA	3
7	APOYO MORAL	ESPOSO	1
		HIJOS	2
		FAMILIARES	3
		AMIGOS	4
		OTROS	5
		NINGUNO	6

8	AMIGOS INTIMOS	0 AMIGOS	1
		1 - 4 AMIGOS	2
		5 - 9 AMIGOS	3
		9 A MAS	4
9	TIEMPO TTO	1 - 12 MESES	1
		13 - 25 MESES	2
		26 - 38 MESES	3
		39 - 51 MESES	4
		52 - 64 MESES	5
		65 - 77 MESES	6
		78 - 90 MESES	7
10	TIPO CANCER	CA MAMA	1
		CA COLON	2
		LNH	3
		CA ESTOMAGO	4
		CA UTERO	5
		CA CERVIX	6
		CA VESICULA	7
		CA GANGLIOS	8
		CA PULMON	9
		MIELOMA	10
		CA RECTO	11
		CA OVARIO	12
		CA PANCREAS	13
11	TTO RECIBE	QUIMIOTERAPIA	1
		CIRUGIA	2
		RADIOTERAPIA	3
		HORMONOTERAPIA	4

## II. DATOS ESPECIFICOS

ITEMS	POSITIVO	NEGATIVO
SIEMPRE	5	1
CASI SIEMPRE	4	2
A VECES	3	3
CASI NUNCA	2	4
NUNCA	1	5

N°	DIMENSION	INDICADOR	VALOR	S	CS	AV	CN	N
1	Física	Esfuerzo físico	( + )	5	4	3	2	1
2	Física	Movilización	( + )	5	4	3	2	1
3	Física	Energía y vitalidad	( + )	5	4	3	2	1
4	Física	Sueño	( + )	5	4	3	2	1
5	Física	Sueño	( + )	5	4	3	2	1
6	Física	Tratamiento	( + )	5	4	3	2	1
7	Física	Movilización	( + )	5	4	3	2	1
8	Física	Esfuerzo físico	( - )	1	2	3	4	5
9	Física	Sueño	( - )	1	2	3	4	5
10	Física	Esfuerzo físico	( - )	1	2	3	4	5
11	Física	Energía y vitalidad	( - )	1	2	3	4	5
12	Física	Tratamiento	( - )	1	2	3	4	5
13	Física	Energía y vitalidad	( - )	1	2	3	4	5
14	Física	Dolor	( - )	1	2	3	4	5
15	Psicológica	Ansiedad	( + )	5	4	3	2	1
16	Psicológica	Incertidumbre	( + )	5	4	3	2	1
17	Psicológica	Autoestima	( + )	5	4	3	2	1
18	Psicológica	Autoestima	( + )	5	4	3	2	1
19	Psicológica	Autoestima	( + )	5	4	3	2	1
20	Psicológica	Manejo de emociones	( - )	1	2	3	4	5
21	Psicológica	Manejo de emociones	( - )	1	2	3	4	5
22	Psicológica	Autoestima	( - )	1	2	3	4	5
23	Psicológica	Autoestima	( - )	1	2	3	4	5
24	Psicológica	Manejo de emociones	( - )	1	2	3	4	5
25	Social	Adaptación	( + )	5	4	3	2	1
26	Social	Interacción familiar	( + )	5	4	3	2	1
27	Social	Sexualidad	( + )	5	4	3	2	1
28	Social	Recreación	( + )	5	4	3	2	1
29	Social	Interacción familiar	( - )	1	2	3	4	5
30	Social	Recreación	( - )	1	2	3	4	5
31	Social	Interacción familiar	( - )	1	2	3	4	5
32	Social	Actividad laboral	( - )	1	2	3	4	5



## ANEXO F

### DETERMINACION DEL TAMAÑO MUESTRAL

Fórmula para la determinación de la muestra

$$n = \frac{Z^2 N \cdot p \cdot q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p \cdot q}$$

n = Tamaño de la muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad de ocurrencia

q = Probabilidad de fracaso

E = Nivel de error

Reemplazando:

$$n = \frac{300(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.1)^2 + 299(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 73$$

La muestra estará conformada por 73 pacientes.

**ANEXO G**

**TABLA DE CONCORDANCIA**

**PRUEBA BINOMIAL. JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	N° DE JUEZ								P	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0.0313	0.031
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0039	0.004

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

## ANEXO H

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento calidad de vida.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Ítems	R de Pearson	Ítems	R de Pearson
Item 1	r = 0.50	Item 17	r = 0.60
Item 2	r = 0.43	Item 18	r = 0.51
Item 3	r = 0.55	Item 19	r = 0.61
Item 4	r = 0.42	Item 20	r = 0.68
Item 5	r = 0.50	Item 21	r = 0.60
Item 6	r = 0.24	Item 22	r = 0.51
Item 7	r = 0.51	Item 23	r = 0.50
Item 8	r = 0.44	Item 24	r = 0.54
Item 9	r = 0.54	Item 25	r = 0.45
Item 10	r = 0.47	Item 26	r = 0.24
Item 11	r = 0.69	Item 27	r = -0.02(*)
Item 12	r = 0.53	Item 28	r = 0.45
Item 13	r = 0.51	Item 29	r = 0.44
Item 14	r = 0.57	Item 30	r = 0.60
Item 15	r = 0.37	Item 31	r = 0.62
Item 16	r = 0.54	Item 32	r = 0.59

Si  $r > 0.20$  el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en el ítems N° 27, el cual no alcanzo el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conserva.

## ANEXO I

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento calidad de vida, se procedió a realizar la prueba y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$S_i^2$ : Varianza muestral de cada ítems

$S_T^2$ : Varianza del total de puntaje de los ítems

Confiabilidad	Valor	Ítem Validos
Alpha de Crombach	0.9	31

$$\alpha = 0.90$$

Si el  $\alpha = 0.5$  ó  $>$  el instrumento es confiable

Así mismo el instrumento de apoyo social fue sometido a prueba de confiabilidad, obteniéndose  $\alpha = 0.94$ , por lo cual el instrumento es confiable.

## ANEXO J

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCION DEL PACIENTE ONCOLOGICO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL.

Se utilizó la Escala de Estanones, a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones:

Percepción General

1.- Se calculó el promedio  $X = 107$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 19.1

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

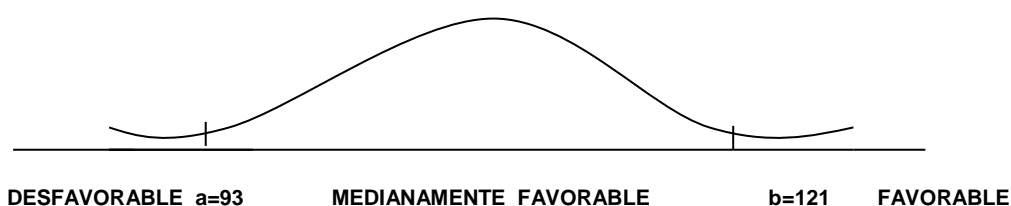
$$a = 107 - 0.75 (19.1)$$

$$a = 92.67 = 93$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 107 + 0.75 (19.1)$$

$$b = 121.3 = 121$$



CATEGORIAS	INTERVALO
Favorable	122 - 160
Medianamente favorable	93 - 121
Desfavorable	32 - 92

## A. CATEGORIZACION DE LA VARIABLE POR DIMENSION:

### DIMENSION FISICA

1.- Se calculó el promedio  $X = 43.2$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 9.4

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

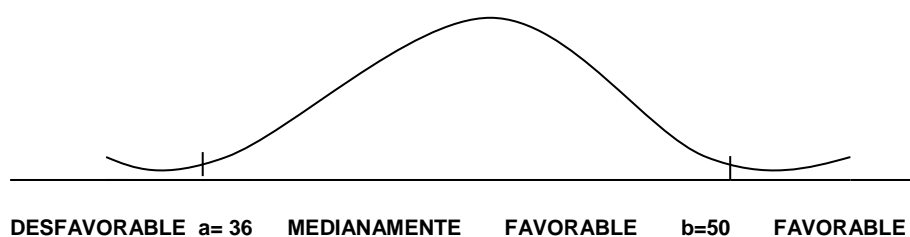
$$a = 43.2 - 0.75 (9.4)$$

$$a = 36.15 = 36$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 43.2 + 0.75 (9.4)$$

$$b = 50.25 = 50$$



CATEGORIAS	INTERVALO
Favorable	51 - 70
Medianamente favorable	36 - 50
Desfavorable	14 - 35

## **DIMENSION PSICOLOGICA**

1.- Se calculó el promedio  $X = 37.1$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 7.45

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

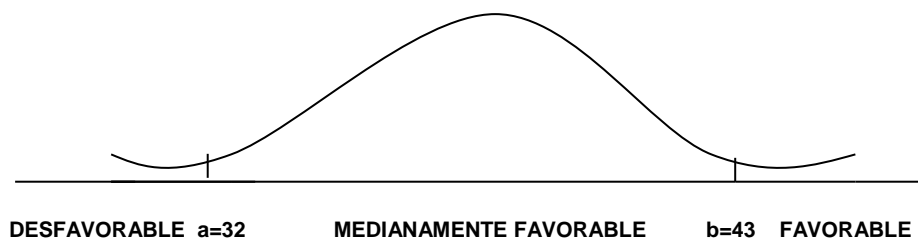
$$a = 37.1 - 0.75 (7.45)$$

$$a = 31.5 = 32$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 37.1 + 0.75 (7.45)$$

$$b = 42.68 = 43$$



<b>CATEGORIAS</b>	<b>INTERVALO</b>
Favorable	44 - 50
Medianamente favorable	32 - 43
Desfavorable	10 - 31

## DIMENSION SOCIAL

1.- Se calculó el promedio  $X = 26.8$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 5.43

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

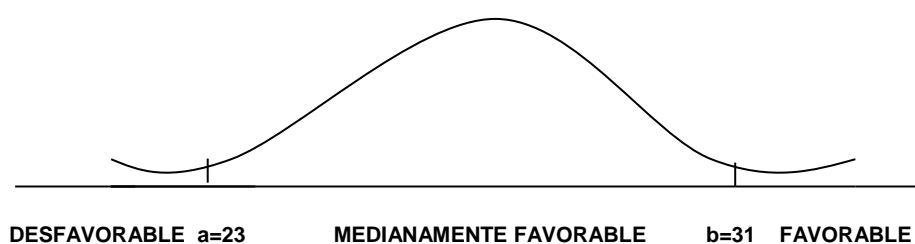
$$a = 26.8 - 0.75 (5.43)$$

$$a = 22.7 = 23$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 26.8 + 0.75 (5.43)$$

$$b = 30.87 = 31$$



CATEGORIAS	INTERVALO
Favorable	32 - 40
Medianamente favorable	23 - 31
Desfavorable	08 - 22



## B. CATEGORIZACION DE LA VARIABLE APOYO SOCIAL

### APOYO SOCIAL

1.- Se calculó el promedio  $X = 65.78$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 18.48

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

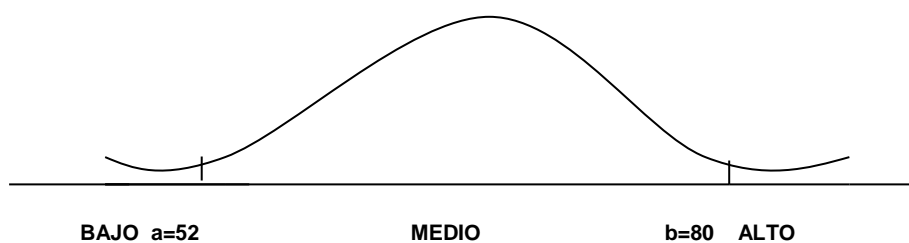
$$a = 65.78 - 0.75 (18.48)$$

$$a = 51.92 = 52$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 65.78 + 0.75 (18.48)$$

$$b = 79.64 = 80$$



CATEGORIAS	INTERVALO
Alto	81 -95
Medio	52 - 80
Bajo	19 - 51

## **FUNCION DE APOYO INSTRUMENTAL**

1.- Se calculó el promedio  $X = 13.3$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 4.65

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

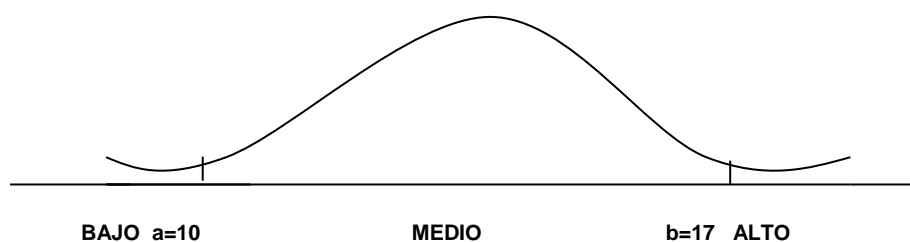
$$a = 13.3 - 0.75 (4.65)$$

$$a = 9.81 = 10$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 13.3 + 0.75 (4.65)$$

$$b = 16.78 = 17$$



<b>CATEGORIAS</b>	<b>INTERVALO</b>
Alto	18 - 20
Medio	10 - 17
Bajo	04 - 09

## **FUNCION DE APOYO EMOCIONAL**

1.- Se calculó el promedio  $X = 27.53$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 8.69

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

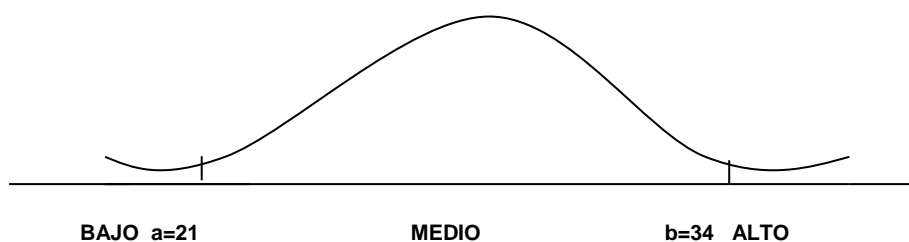
$$a = 27.53 - 0.75 (8.69)$$

$$a = 21.01 = 21$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 27.53 + 0.75 (8.69)$$

$$b = 34.04 = 34$$



<b>CATEGORIAS</b>	<b>INTERVALO</b>
Alto	35 - 40
Medio	21 - 34
Bajo	08 - 20

## **FUNCION DE INTERACCION SOCIAL POSITIVA**

1.- Se calculó el promedio  $X = 13.01$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 4.64

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

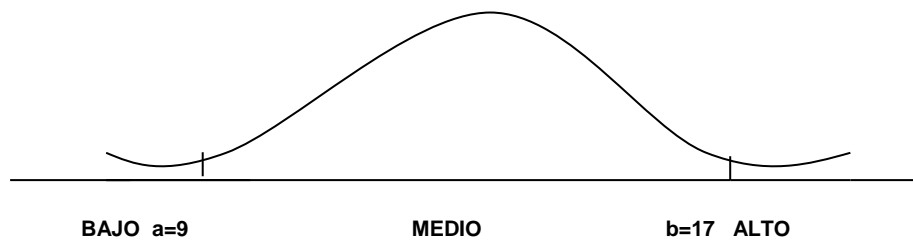
$$a = 13.01 - 0.75 (4.64)$$

$$a = 9.53 = 9$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 13.01 + 0.75 (4.64)$$

$$b = 16.49 = 17$$



<b>CATEGORIAS</b>	<b>INTERVALO</b>
Alto	18 - 20
Medio	10 - 17
Bajo	4 - 9

## **FUNCION DE APOYO AFECTIVO**

1.- Se calculó el promedio  $X = 11.93$

2.- Se calculó la Desviación Estándar (DS): 3.08

Se establecieron los valores de a y b:

$$a = X - 0.75 (DS)$$

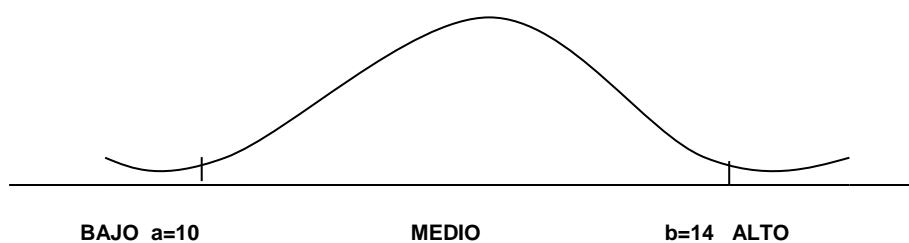
$$a = 11.93 - 0.75 (3.08)$$

$$a = 9.62 = 10$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 11.93 + 0.75 (3.08)$$

$$b = 14.24 = 14$$



<b>CATEGORIAS</b>	<b>INTERVALO</b>
Alto	15 - 20
Medio	10 - 14
Bajo	3 - 9

## ANEXO K

**TABLA MATRIZ DE DATOS SOBRE PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA**

E	DIMENSION FISICA														T	DIMENSION PSICOLOGICA										T	DIMENSION SOCIAL								T	TG
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		25	26	27	28	29	30	31	32		
1	4	5	5	4	5	3	5	3	4	4	3	4	4	4	57	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	49	3	5	2	5	5	5	5	4	34	140
2	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	3	65	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	49	5	5	5	1	5	5	5	5	36	150
3	4	5	3	3	3	5	4	3	3	3	3	4	3	3	49	4	4	4	5	4	2	3	3	2	2	33	4	5	2	5	5	2	2	2	27	109
4	1	3	3	3	3	3	2	1	3	1	3	5	3	2	36	5	5	3	5	5	2	2	3	4	4	38	5	5	2	5	2	1	1	1	22	96
5	3	4	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2	2	35	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	26	3	4	3	2	2	2	2	2	20	81
6	2	1	1	1	1	1	1	4	5	5	5	5	5	5	42	2	4	3	4	1	5	5	3	5	5	37	3	4	3	4	5	5	5	5	34	113
7	5	5	4	5	5	4	3	4	5	3	3	4	1	3	54	5	5	5	5	5	3	4	3	2	5	42	5	5	5	5	5	1	2	2	30	126
8	5	4	4	4	4	3	4	3	4	1	1	5	3	1	46	5	5	5	5	5	2	3	3	5	5	43	3	5	3	1	1	3	3	3	22	111
9	3	5	4	2	5	5	5	4	5	5	5	3	2	5	58	5	5	4	5	4	2	2	1	3	5	36	5	5	5	5	5	1	2	2	30	124
10	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	26	4	5	5	5	5	1	4	1	1	1	32	4	5	4	4	5	1	1	1	25	83
11	4	2	3	3	3	5	5	5	3	5	5	4	4	4	55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49	5	5	1	5	5	3	5	3	32	136
12	3	3	5	3	3	3	5	3	3	4	5	5	5	3	53	5	5	5	5	5	3	5	1	5	3	42	5	5	4	5	5	5	5	3	37	132
13	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	67	3	4	3	5	5	5	4	5	3	3	40	5	5	1	5	5	5	5	4	35	142
14	2	3	4	5	5	5	5	5	5	1	5	3	3	5	56	1	4	5	5	5	3	5	5	5	1	39	1	5	1	5	3	5	5	3	28	123
15	4	5	2	3	4	1	5	4	4	2	2	4	4	4	48	5	5	5	4	5	3	3	1	3	3	37	5	2	3	2	2	2	3	2	21	106
16	4	3	3	3	3	5	3	1	3	2	3	5	2	1	41	2	3	3	4	5	2	3	4	5	3	34	2	5	3	5	5	2	5	3	30	105
17	4	3	3	5	4	5	4	1	5	4	3	5	2	2	50	3	3	5	5	5	3	3	5	5	3	40	5	4	3	5	5	3	5	2	32	122
18	3	3	4	5	3	5	3	5	3	1	2	5	3	2	47	5	5	5	5	5	3	5	2	2	2	39	4	4	3	4	5	1	2	2	25	111
19	4	3	3	3	3	2	4	1	2	3	3	3	3	1	38	3	5	3	5	3	2	3	2	5	3	34	1	3	3	3	4	3	3	2	22	94
20	4	4	3	2	3	4	3	3	2	3	2	3	2	2	40	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	29	3	3	3	3	3	2	2	2	21	90

21	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	45	1	1	3	3	3	3	5	3	3	5	30	4	3	3	5	3	3	3	2	26	101
22	3	5	3	4	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	5	5	5	5	3	3	3	3	5	3	40	5	3	5	4	5	2	2	2	28	115
23	3	5	5	5	5	4	5	3	3	3	3	3	1	3	3	51	5	5	5	5	5	2	2	1	3	1	34	3	5	3	5	4	2	2	2	26	111
24	2	3	3	4	3	5	3	3	5	3	5	5	2	3	3	49	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	46	5	5	3	5	5	3	5	3	34	129
25	4	2	2	1	3	5	3	1	3	1	1	1	1	2	3	30	3	5	3	5	5	3	3	1	5	1	34	5	5	3	5	5	1	1	2	27	91
26	4	5	3	3	3	5	3	1	3	3	3	3	3	1	3	43	5	5	5	5	5	1	1	1	3	4	35	3	3	3	1	3	3	3	3	22	100
27	5	5	4	4	3	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3	63	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	5	5	5	5	5	5	5	5	40	153
28	3	4	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	39	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	34	2	3	4	2	3	2	3	2	21	94
29	3	3	2	3	3	4	2	2	3	2	2	3	2	3	3	37	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	29	2	3	3	2	3	2	2	2	19	85
30	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	37	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	29	3	3	3	2	3	2	2	2	20	86
31	2	5	1	1	1	5	5	1	2	1	1	1	1	1	3	28	4	4	5	5	5	3	5	1	5	5	42	5	5	3	5	5	1	5	1	30	100
32	1	1	3	2	1	3	1	4	4	5	5	5	5	1	3	41	3	4	3	5	3	1	2	1	5	2	29	5	5	3	1	1	1	1	2	19	89
33	2	3	1	5	5	2	2	2	5	1	1	2	1	1	3	33	2	3	2	4	2	1	1	1	1	1	18	3	5	1	5	5	4	4	1	28	79
34	3	4	3	4	4	5	3	4	4	3	3	5	3	3	3	51	2	5	5	5	5	3	5	5	5	5	45	3	1	3	5	5	3	3	3	26	122
35	3	4	3	2	2	5	3	2	2	3	3	3	3	2	3	40	5	3	3	4	4	3	3	3	3	3	34	3	3	4	4	3	4	2	3	26	100
36	3	2	1	3	3	4	1	1	3	3	3	2	3	1	3	33	5	4	4	5	4	3	4	3	5	5	42	3	5	5	3	5	1	2	3	27	102
37	2	3	3	3	3	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	40	5	5	5	5	5	4	5	3	5	3	45	3	5	5	5	5	3	3	3	32	117
38	1	1	2	3	2	4	1	1	3	1	1	2	1	1	3	24	3	3	3	5	3	2	3	1	3	2	28	2	5	5	1	5	1	1	1	21	73
39	3	4	3	3	3	3	5	3	3	4	4	3	3	3	3	47	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	38	3	3	3	5	3	1	4	4	26	111
40	3	3	3	3	3	3	5	2	3	3	3	3	3	3	3	43	3	2	5	3	3	3	3	3	3	3	31	3	5	5	3	3	3	3	3	28	102
41	3	5	3	3	5	5	3	2	3	3	3	5	2	3	3	48	5	5	5	5	4	5	5	2	3	3	42	5	3	3	3	5	3	1	3	26	116
42	3	2	3	3	4	4	4	3	2	1	1	2	1	2	3	35	5	5	5	5	2	1	1	2	1	2	29	4	4	5	4	2	2	1	1	23	87
43	3	3	3	4	4	5	3	3	3	2	2	3	2	3	3	43	5	5	3	5	4	4	3	5	5	4	43	3	1	3	4	5	2	5	2	25	111
44	3	4	2	2	3	4	3	2	3	4	2	2	2	3	3	39	4	3	4	5	5	3	3	5	5	5	42	5	5	3	1	4	2	1	3	24	105
45	5	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	1	1	1	3	38	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	46	5	5	1	1	5	5	5	5	32	116
46	3	5	3	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	3	30	5	5	5	5	4	2	2	2	2	2	34	3	5	5	5	3	2	2	3	28	92
47	5	5	4	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	3	64	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	5	3	1	5	5	5	5	4	33	147
48	3	3	5	3	3	5	5	2	2	2	2	2	1	1	3	39	2	5	5	5	5	3	3	3	3	3	37	3	5	3	3	3	1	2	1	21	97

49	2	3	3	5	1	5	1	1	5	1	1	5	2	4	39	3	5	5	5	3	3	5	1	3	5	38	4	5	4	5	5	3	3	3	32	109
50	2	5	2	5	3	2	2	4	5	5	3	3	2	4	47	3	5	5	5	5	5	5	5	5	1	44	5	5	3	4	1	3	3	2	26	117
51	2	1	2	3	3	4	1	2	3	2	2	2	2	4	33	4	5	5	5	2	3	2	1	5	1	33	3	5	3	3	5	1	1	1	22	88
52	3	3	2	3	2	4	3	1	3	1	4	5	2	2	38	5	4	4	5	5	4	5	5	1	5	43	5	5	1	5	5	5	5	1	32	113
53	5	5	3	5	5	5	3	1	3	1	5	5	1	3	50	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	46	5	5	3	5	5	5	5	2	35	131
54	3	3	3	3	4	4	3	2	2	2	1	5	2	5	42	5	5	5	4	5	3	5	5	4	4	45	5	1	5	5	1	2	5	3	27	114
55	2	2	2	3	2	4	1	2	3	2	3	3	3	1	33	3	3	3	5	2	3	3	5	3	2	32	3	3	3	5	4	1	2	1	22	87
56	5	5	5	3	5	3	3	2	3	3	3	5	5	3	53	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	48	1	5	1	5	5	5	5	5	32	133
57	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	44	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	2	3	2	3	2	2	2	19	93
58	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4	3	3	35	3	3	5	5	2	3	4	4	5	3	37	1	3	5	3	5	2	4	4	27	99
59	4	5	3	3	4	5	3	2	3	2	3	3	4	3	47	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	48	5	5	3	5	5	3	3	3	32	127
60	5	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	37	3	1	3	1	3	3	3	3	2	4	26	5	5	3	3	5	3	5	4	33	96
61	5	5	3	2	4	5	3	4	3	5	3	3	3	3	51	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	40	3	3	3	3	3	3	3	3	24	115
62	5	5	2	2	2	1	2	2	2	5	2	5	2	2	39	5	5	5	5	5	3	4	1	5	3	41	5	5	4	4	3	2	2	5	30	116
63	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	5	50	3	5	4	4	3	5	4	2	3	4	37	3	3	3	3	3	4	3	3	25	112
64	4	5	2	4	5	5	4	3	2	4	2	5	3	3	51	3	3	4	5	3	2	3	4	3	2	32	3	5	1	2	5	2	2	3	23	106
65	1	5	1	1	4	4	2	3	3	3	4	5	3	4	43	3	5	5	4	3	3	3	2	5	5	38	4	3	3	5	3	2	3	3	26	107
66	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	49	4	5	4	5	5	3	5	1	5	4	41	2	5	2	5	5	3	3	3	28	118
67	4	5	3	4	4	3	4	1	4	3	1	4	1	1	42	5	4	1	5	3	1	1	3	1	3	27	1	5	3	4	3	2	2	1	21	90
68	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	47	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	49	5	5	5	5	5	5	5	5	40	136
69	2	2	3	2	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	40	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	26	3	3	3	4	3	3	3	3	25	91
70	3	3	2	3	2	3	4	2	2	4	1	2	2	2	35	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	26	2	2	2	3	2	2	2	2	17	78
71	2	2	3	2	3	2	2	3	3	1	1	1	1	1	27	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	26	3	3	2	2	3	3	3	3	22	75
72	3	3	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	30	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	25	2	3	2	1	2	2	2	2	16	71
73	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	2	3	3	3	34	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	27	2	3	3	2	3	3	3	3	22	83



**TABLA MATRIZ SOBRE PERCEPCION DE APOYO SOCIAL**

SUJ	1	4	11	14	T	6	10	13	17	T	2	3	7	8	12	15	16	18	T	5	9	19	T	TG
1	1	4	3	5	13	5	5	5	5	20	5	5	5	5	4	5	5	5	39	5	5	5	15	87
2	5	4	4	4	17	5	4	5	5	19	5	4	4	4	4	4	4	5	34	5	5	5	15	85
3	5	3	5	3	16	5	5	3	4	17	5	5	2	2	5	5	5	5	34	5	5	5	15	82
4	5	1	3	3	12	1	3	3	3	10	5	5	1	1	3	3	3	3	24	1	3	3	7	53
5	1	1	1	1	4	2	1	2	1	6	2	3	2	2	2	2	2	1	16	3	2	3	8	34
6	1	1	1	2	5	5	5	5	5	20	5	5	4	5	5	3	3	3	33	5	4	5	14	72
7	5	4	5	4	18	5	5	5	4	19	5	5	5	5	4	5	4	5	38	5	5	5	15	90
8	5	5	5	3	18	5	4	5	5	19	3	4	2	5	5	5	3	5	32	5	5	5	15	84
9	2	4	3	5	14	5	1	5	1	12	3	1	4	5	3	1	2	3	22	5	5	5	15	63
10	5	4	5	5	19	5	5	5	5	20	5	3	5	5	5	5	5	4	37	5	4	5	14	90
11	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	95
12	3	2	3	2	10	3	3	2	3	11	3	3	3	5	3	2	5	3	27	4	3	5	12	60
13	4	4	3	2	13	3	3	2	5	13	3	5	3	5	2	5	3	5	31	5	5	5	15	72
14	5	5	2	2	14	5	1	2	1	9	3	5	5	5	2	2	3	5	30	5	5	4	14	67
15	1	2	3	1	7	2	2	1	1	6	2	2	2	2	2	1	2	1	14	5	4	4	13	40
16	2	4	1	2	9	3	2	4	3	12	5	3	4	2	3	4	4	4	29	4	4	3	11	61
17	2	1	1	2	6	1	2	3	2	8	3	3	3	3	2	2	2	2	20	2	1	1	4	38
18	5	5	5	5	20	4	4	5	4	17	4	4	4	4	5	5	5	4	35	5	5	3	13	85
19	2	5	2	2	11	5	3	1	1	10	3	4	3	5	3	1	1	2	22	4	5	5	14	57
20	2	2	3	2	9	2	2	3	2	9	2	2	2	2	2	2	2	2	16	3	2	4	9	43
21	1	5	5	5	16	3	3	3	4	13	3	3	3	3	3	3	3	3	24	4	3	5	12	65
22	3	4	1	4	12	4	4	4	4	16	3	3	4	2	4	4	4	4	28	3	4	4	11	67
23	3	5	5	3	16	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	4	3	5	37	5	5	5	15	88

24	1	5	5	5	16	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	91
25	5	5	5	5	20	5	1	1	5	12	3	4	1	3	5	5	1	5	27	5	1	5	11	70
26	3	1	2	1	7	2	2	1	2	7	1	1	1	1	1	1	1	2	9	2	2	2	6	29
27	5	2	4	4	15	5	4	5	4	18	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	88
28	2	3	2	3	10	3	3	2	3	11	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	2	4	8	45
29	3	2	3	2	10	2	2	2	2	8	3	2	3	3	3	2	2	3	21	2	2	4	8	47
30	2	2	2	3	9	3	2	2	3	10	2	2	3	3	2	3	3	2	20	2	3	4	9	48
31	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	95
32	4	5	5	3	17	5	4	5	4	18	5	5	5	4	4	4	5	5	37	5	5	5	15	87
33	1	5	5	5	16	5	3	1	2	11	3	3	5	1	3	5	3	2	25	5	3	5	13	65
34	3	5	5	5	18	5	5	3	3	16	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	89
35	1	1	3	1	6	3	3	1	3	10	3	3	2	2	3	1	1	3	18	3	3	3	9	43
36	4	3	4	3	14	3	3	2	1	9	3	3	1	2	2	2	2	2	17	4	5	5	14	54
37	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	95
38	5	5	5	5	20	2	1	1	1	5	4	2	2	2	1	5	2	5	23	5	4	5	14	62
39	4	3	4	4	15	5	3	3	5	16	5	3	3	2	2	3	3	2	23	3	2	4	9	63
40	2	3	3	2	10	2	3	3	3	11	2	3	3	2	3	3	3	3	22	2	3	3	8	51
41	5	2	4	3	14	3	3	1	3	10	3	4	3	5	3	1	1	2	22	2	1	5	8	54
42	3	3	1	2	9	1	1	1	1	4	2	1	2	2	3	1	3	3	17	5	2	5	12	42
43	4	5	2	5	16	2	3	2	2	9	4	4	5	5	2	5	5	5	35	5	5	5	15	75
44	5	5	5	5	20	3	3	3	3	12	5	3	3	5	3	3	5	5	32	5	5	5	15	79
45	1	5	1	5	12	5	5	5	5	20	4	5	5	5	5	5	5	5	39	5	5	5	15	86
46	2	3	2	1	8	3	1	2	1	7	1	1	2	2	1	2	1	1	11	3	2	4	9	35
47	1	2	1	1	5	3	3	5	4	15	5	5	5	5	4	5	5	5	39	5	2	3	10	69
48	1	1	3	4	9	1	3	4	2	10	3	1	1	4	3	3	1	3	19	5	3	5	13	51
49	3	1	3	3	10	5	5	5	5	20	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	15	85
50	5	5	5	5	20	4	4	2	3	13	5	4	5	5	5	4	5	4	37	5	5	5	15	85

51	5	5	5	5	20	3	3	3	3	12	5	3	5	5	3	5	3	5	34	5	5	5	15	81
52	5	5	5	5	20	5	5	5	5	20	5	5	4	5	5	5	5	5	39	5	5	5	15	94
53	5	5	5	1	16	5	5	1	1	12	5	3	1	1	1	1	5	1	18	5	5	1	11	57
54	2	2	2	1	7	2	1	2	2	7	4	2	2	2	2	2	5	2	21	2	5	5	12	47
55	3	5	5	5	18	3	3	3	2	11	4	5	3	5	3	2	2	4	28	5	5	5	15	72
56	3	3	3	3	12	3	5	3	3	14	3	2	3	3	3	2	3	3	22	4	5	3	12	60
57	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	2	2	6	38
58	1	1	3	1	6	1	1	3	3	8	1	3	3	1	3	1	3	3	18	3	2	5	10	42
59	3	4	5	4	16	5	5	4	4	18	5	5	4	5	5	5	5	5	39	5	5	5	15	88
60	2	4	2	3	11	3	3	1	3	10	3	4	1	3	3	3	3	4	24	3	4	3	10	55
61	4	5	5	4	18	4	4	4	4	16	5	4	4	4	3	5	4	5	34	5	5	1	11	79
62	5	3	5	5	18	3	3	3	3	12	1	1	5	1	4	5	5	5	27	4	3	5	12	69
63	4	5	3	3	15	3	3	3	4	13	4	3	4	4	3	3	4	4	29	3	4	4	11	68
64	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	3	3	9	57
65	4	2	4	3	13	5	5	4	5	19	5	4	3	5	3	5	5	5	35	3	5	5	13	80
66	3	4	5	3	15	4	4	4	4	16	4	3	3	4	4	3	2	4	27	5	5	5	15	73
67	4	2	4	3	13	3	1	1	1	6	3	2	1	2	2	1	1	1	13	3	2	4	9	41
68	5	5	5	5	20	4	5	4	4	17	5	5	4	5	5	5	5	4	38	5	5	5	15	90
69	3	3	2	3	11	3	2	2	2	9	3	3	3	2	3	2	3	3	22	3	2	2	7	49
70	2	3	3	2	10	3	3	2	2	10	3	2	2	2	3	3	3	2	20	3	3	3	9	49
71	3	2	2	3	10	2	3	2	3	10	2	3	3	3	3	3	3	3	23	2	2	3	7	50
72	2	3	2	2	9	2	4	3	3	12	3	2	3	4	4	4	2	2	24	4	2	2	8	53
73	2	2	2	2	8	2	3	3	2	10	3	4	3	3	3	2	3	3	24	2	3	2	7	49

**ANEXO L**

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL**

**HOSPITAL SANTA ROSA**

**LIMA - PERU**

**2012**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
27 -33 años	2	3%
34-40 años	10	14%
41-47 años	21	29%
48-54 años	10	14%
55-61 años	14	19%
62-68 años	9	12%
69 - 75 años	7	10%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>SEXO</b>		
FEMENINO	69	95%
MASCULINO	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTERA	13	18%
CASADA	29	40%
SEPARADA	13	18%
VIUDA	5	7%
CONVIVIENTE	12	16%
OTRO	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>		
PRIMARIA	19	26%
SECUNDARIA	28	38%
SUPERIOR	24	33%

NINGUNA	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>SITUACION LABORAL</b>		
EMPLEADA	10	14%
DESEMPLEADA	63	86%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>SITUACION ECONOMICA</b>		
JUBILADA	1	2%
BUENA	0	0%
REGULAR	59	81%
MALA	14	19%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>APOYO MORAL</b>		
ESPOSO	36	49%
HIJOS	15	22%
FAMILIARES	17	23%
AMIGOS	3	4%
OTROS	1	1%
NINGUNO	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>AMIGOS INTIMOS</b>		
0 AMIGOS	1	1%
1 - 4 AMIGOS	43	60%
5 - 9 AMIGOS	12	17%
9 A MAS	16	22%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>TIEMPO DE TRATAMIENTO</b>		
1 - 12 MESES	55	76%
13 - 25 MESES	6	8%
26 - 38 MESES	4	6%
39 - 51 MESES	5	7%
52 - 64 MESES	1	1%
65 - 77 MESES	1	1%

78 - 90 MESES	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>TIPO DE CANCER</b>		
CA MAMA	46	63%
CA COLON	2	3%
LNH	3	4%
CA ESTOMAGO	4	5%
CA UTERO	3	4%
CA CERVIX	2	3%
CA VESICULA	1	1%
CA GANGLIOS	1	1%
CA PULMON	2	3%
MIELOMA	1	1%
CA RECTO	2	3%
CA OVARIO	5	7%
CA PANCREAS	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>
<b>TRATAMIENTO QUE RECIBE</b>		
QUIMIOTERAPIA	66	
CIRUGIA	54	
RADIOTERAPIA	21	
HORMONOTERAPIA	1	

**Fuente:** Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.

**ANEXO LL**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA GENERAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

PERCEPCION	Nº	PORCENTAJE
FAVORABLE	17	23%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	37	51%
DESFAVORABLE	19	26%
TOTAL	73	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

**ANEXO M**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA SEGUN DIMENSIONES EN EL HOSPITAL  
SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

DIMENSION	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FISICA	15	21%	42	57%	16	22%	73	100
PSICOLOGICA	15	20%	40	55%	18	25%	73	100
SOCIAL	19	26%	33	45%	21	29%	73	100

*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*



**ANEXO N**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE EL  
NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

NIVEL DEL APOYO	Nº	PORCENTAJE
ALTO	21	29%
MEDIO	30	41%
BAJO	22	30%
TOTAL	73	100%

*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

**ANEXO Ñ**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE EL  
NIVEL DE APOYO SOCIAL SEGÚN FUNCIONES EN EL  
HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

<b>FUNCIONES</b>	<b>ALTO</b>		<b>MEDIO</b>		<b>BAJO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Apoyo instrumental</b>	18	25%	37	50%	18	25%	73	100
<b>Apoyo emocional</b>	21	29%	35	48%	17	23%	73	100
<b>Apoyo de interacción social positiva</b>	18	25%	38	52%	17	23%	73	100
<b>Apoyo afectivo</b>	26	36%	26	36%	21	28%	73	100

*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

**ANEXO O**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU  
CALIDAD DE VIDA SEGÚN SU DIMENSION FISICA POR  
ITEMS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
LIMA - PERU  
2012**

ITEMS	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Realizo mis actividades cotidianas sin presentar mayor problema.	26	36%	28	38%	19	26%	73	100
2. Subo y bajo las escaleras sin dificultad.	33	45%	25	34%	15	21%	73	100
3. Me siento tan fuerte como antes a pesar de mi enfermedad.	17	23%	33	45%	23	32%	73	100
4. Me es fácil conciliar el sueño.	26	36%	29	40%	18	25%	73	100
5. Me levanto recomfortado y descansado al despertar.	27	37%	32	44%	14	19%	73	100
6. Tomo los medicamentos sin que estos interfieran en mis actividades diarias.	44	60%	18	25%	11	15%	73	100
7. Puedo realizar paseos largos sin dificultad.	26	36%	29	40%	18	24%	73	100
8. Frecuentemente las actividades cotidianas que realizo me demandan algún esfuerzo.	15	21%	23	32%	35	47%	73	100
9. Me paso la mayor parte de la noche despierto.	23	32%	33	45%	17	23%	73	100
10. Necesito estar en reposo porque me canso con mucha facilidad.	18	25%	25	34%	30	41%	73	100
11. Me siento débil desde el inicio de la enfermedad.	16	22%	26	36%	31	42%	73	100
12. Me ha disminuido el apetito.	33	45%	24	33%	16	22%	73	100
13. Mi capacidad de trabajo está disminuyendo.	12	16%	27	37%	34	47%	73	100
14. Constantemente tengo dolor por lo que limito mis actividades	17	23%	26	36%	30	41%	73	100

*Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.*

## ANEXO P

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA SEGÚN SU DIMENSION PSICOLOGICA POR ITEMS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA LIMA - PERU 2012

ITEMS	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Afronto con actitud positiva mi enfermedad	39	53%	24	33%	10	14%	73	100
2. Amanezco con ganas de seguir viviendo pese a mi enfermedad.	50	68%	18	25%	05	7%	73	100
3. Me siento bien y satisfecho conmigo mismo.	47	65%	22	30%	04	5%	73	100
4. Soy muy importante para mi familia y mis amistades	60	83%	09	12%	04	5%	73	100
5. Soy una persona con las mismas capacidades que las demás.	44	60%	23	32%	06	8%	73	100
6. Me siento desanimado y triste actualmente.	17	23%	33	45%	23	32%	73	100
7. He perdido las esperanzas respecto a mi futuro.	31	42%	26	36%	16	22%	73	100
8. Me preocupa mucho la impresión que causo sobre los demás.	23	32%	26	35%	24	33%	73	100
9. Soy una carga para mi familia.	36	49%	25	34%	12	17%	73	100
10. Tengo dificultad para tomar decisiones o resolver problemas.	31	42%	24	33%	18	25%	73	100

**Fuente:** Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.

## ANEXO Q

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA SEGÚN SU DIMENSION SOCIAL POR ITEMS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA LIMA - PERU 2012

ITEMS	FAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Acepto mi nuevo estilo de vida a causa de mi enfermedad.	34	46%	26	36%	13	18%	73	100
2. Recibo apoyo emocional de parte de mi familia.	46	63%	21	29%	06	8%	73	100
3. Me siento cercano a mi pareja.	20	27%	37	51%	16	22%	73	100
4. Mis amistades me toman en cuenta para participar en reuniones sociales.	44	60%	12	16%	17	24%	73	100
5. Me siento abandonado e ignorado por toda mi familia	42	58%	21	28%	10	14%	73	100
6. Mis salidas fuera de casa se han reducido por mi estado de salud.	16	22%	20	27%	37	51%	73	100
7. El tratamiento que recibo ha interferido en mi vida familiar.	24	33%	19	26%	30	41%	73	100
8. Dejo de hacer ciertas actividades en el trabajo por causa de mi enfermedad.	13	18%	26	36%	34	46%	73	100

**Fuente:** Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.

## ANEXO R

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO SOBRE SU NIVEL DE APOYO SOCIAL SEGÚN FUNCIONES POR ITEMS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA LIMA - PERU 2012

ITEMS	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>								
1. Hay alguien que le ayuda cuando tiene que estar en la cama.	31	42%	15	21%	27	37%	73	100
4. Tiene alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	37	50%	13	18%	23	32%	73	100
11. Alguien le prepara la comida si es que no puede hacerlo.	34	47%	17	23%	22	30%	73	100
14. Hay alguien que le ayude en sus tareas cuando tiene mucho malestar.	30	41%	19	26%	24	33%	73	100
<b>APOYO EMOCIONAL</b>								
2. Hay alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.	36	49%	24	33%	13	18%	73	100
3. Tiene a alguien que le aconseje cuando tiene problemas.	34	46%	21	29%	18	25%	73	100
7. Hay una persona que le informe y que le ayude a entender la situación.	31	42%	21	29%	21	29%	73	100
8. Tiene alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.	38	52%	10	14%	25	34%	73	100
12. Tiene alguien cuyo consejo realmente lo desee.	28	38%	27	37%	18	25%	73	100
15. Existe alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	34	47%	14	19%	25	34%	73	100
16. Tiene a alguien quien le aconseje como resolver sus problemas personales.	31	42%	21	29%	21	29%	73	100
18. Existe alguien que comprenda sus problemas.	38	52%	16	22%	19	26%	73	100

INTERACCION SOCIAL POSITIVA								
6. Existe alguna persona con quien pueda pasar un buen rato.	33	45%	22	30%	18	25%	73	100
10. Tiene a alguien con quien pueda relajarse.	29	40%	25	34%	19	26%	73	100
13. Existe alguien con quien hacer actividades que le ayuden a olvidar sus problemas.	27	37%	18	25%	28	38%	73	100
17. Tiene alguien con quien pueda divertirse.	30	41%	19	26%	24	33%	73	100
APOYO AFECTIVO								
5. Hay alguien que le demuestre amor y afecto.	47	64%	14	19%	12	17%	73	100
9. Tiene a alguien que lo abrace.	43	59%	12	16%	18	25%	73	100
19. Existe alguien a quien demostrarle amor y afecto.	53	73%	12	16%	8	11%	73	100

**Fuente:** Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a Consultorios externos de Oncología, Hospital Santa Rosa, 2012.